

UNIVERSITÉ DE MONTPELLIER. — FACULTÉ DE DROIT

L'ASSISTANCE

AUX MALADES



THÈSE POUR LE DOCTORAT EN DROIT

PAR

Marius AÏN



MONTPELLIER

IMPRIMERIE GUSTAVE FIRMIN, MONTANE ET SICARDI
Rue Ferdinand-Fabre et quai du Verdanson

—
1909

THÈSE

POUR LE DOCTORAT EN DROIT

UNIVERSITÉ DE MONTPELLIER — FACULTÉ DE DROIT

L'ASSISTANCE

AUX MALADES

THÈSE POUR LE DOCTORAT EN DROIT

PAR

Marius AÏN



MONTPELLIER

IMPRIMERIE GUSTAVE FIRMIN, MONTANE ET SICARDI
Rue Ferdinand-Fabre et quai du Verdanson

1909

UNIVERSITÉ DE MONTPELLIER

FACULTÉ DE DROIT

MM. Vigié, Doyen, professeur de Droit civil, chargé du cours d'Enregistrement.

Brémont, Assesseur, professeur de Droit administratif.

Laborde, professeur de Droit criminel, chargé du cours de Législation et Economie industrielles.

Charmont, professeur de Droit civil.

Chausse, professeur de Droit romain.

Valéry, professeur de Droit commercial, chargé du cours de Droit international privé.

Margat, professeur de Droit civil.

Perreau, professeur de Procédure civile.

Moye, professeur de Droit international public.

Rist, professeur d'Economie politique.

Barthélemy, agrégé, chargé du cours de Droit constitutionnel

Giffard, agrégé, chargé du cours d'Histoire générale du Droit.

Morin, agrégé, chargé du cours de Droit Civil approfondi.

Bridrey, agrégé, chargé du cours de Droit romain.

Nogaro, agrégé, chargé du cours d'Économie politique.

Glaize, professeur honoraire.

Rochette, secrétaire.

MEMBRES DU JURY :

MM. Chausse, *président*.

Charmont,

Rist,

} *assesseurs.*

La Faculté n'entend donner aucune approbation ni improbation aux opinions émises dans les thèses; ces opinions doivent être considérées comme propres à leurs auteurs.

A MES CHERS PARENTS

A MES AMIS

M. AÏN.

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE
MONSIEUR LE PROFESSEUR CHAUSSE

M AÏN.

L'ASSISTANCE

AUX MALADES

INTRODUCTION

L'activité humaine ne peut poursuivre un but plus noble que celui de venir en aide aux malheureux. C'est pour notre pays un beau titre de gloire que d'avoir consacré à sa réalisation une sollicitude constante.

De nos jours, le département se charge des soins qui sont nécessaires aux fous, pauvres et aux enfants qu'on abandonne, qu'on exploite, qu'on maltraite ou que l'on corrompt. Le législateur n'a pas voulu que les fous soient un danger permanent pour la sécurité publique et qu'on les laisse errer à leur guise sans protection, sans abri, sans soutien. (Loi 30 juin 1838.) Il n'a pas permis que les enfants restent privés de la vie de famille, si douce, si moralisatrice ou qu'ils continuent à être les souffre-douleurs de parents dénaturés, paresseux ou méchants. (Loi 23 décembre 1874 ; loi 27, 28 juin 1904.) C'est parce que les fous et les enfants sont

des incapables, que l'assistance a été organisée pour eux depuis très longtemps. On n'a rien à reprocher à ces malheureux que le hasard de la naissance ou la faiblesse de leur esprit condamnent à tous les maux. Il faut les arracher à la misère et à la souffrance. Il est nécessaire de soustraire les enfants à l'influence d'un milieu abject qu'eux-mêmes ne peuvent éviter. Il est urgent d'empêcher les fous de nuire à leurs semblables quand leur raison s'égare et ne leur permet pas de distinguer le bien du mal.

Les malades et les vieillards ne s'imposaient pas avec autant de force à l'attention du législateur. On avait pensé que tout individu songerait à atténuer par lui-même les risques de maladie et de vieillesse. On avait escompté qu'il travaillerait sans relâche, qu'il économiserait, pour se soigner s'il tombait malade, pour se reposer quand l'âge affaiblirait son corps. On avait espéré que chacun de nous serait laborieux et prévoyant. Voilà pourquoi l'assistance aux malades et aux vieillards n'a été que récemment organisée. (Loi 15 juillet 1893 ; loi 14 juillet 1905.) En outre, elle est à base communale, car la commune est seule à-même d'en connaître les bénéficiaires futurs et de les désigner. Un gouvernement ne peut permettre à la maladie de ruiner les forces de ses sujets et de compromettre son avenir. Il ne peut laisser la vieillesse et l'infirmité réduire à la misère et aux douleurs ceux qui ont contribué à sa prospérité. Ce devoir qui s'impose à toute nation entraî-

ne pour elle des dépenses. Leur chiffre est moins élevé pour les malades que pour les vieillards. C'est que la maladie est moins répandue, qu'elle peut être combattue, enrayée, même évitée. La vieillesse au contraire est fatale, inévitable, elle peut être prolongée et elle ne disparaît que dans la tombe. C'est pour les mêmes raisons que le législateur de 1905 a pris des précautions afin d'offrir toute garantie aux intéressés dans la discussion des titres à l'assistance. Il leur a reconnu de nombreux droits d'appel et il a amplifié les organes chargés de l'application de la loi. Aussi, serons-nous amenés à rapprocher les mesures édictées en 1905, de celles qui ont été prévues en 1893.

Ainsi, les fous, les enfants, les malades, les vieillards reçoivent les secours exigés par leur état. A cette énumération des bénéficiaires de l'assistance viendront bientôt s'ajouter les enfants des familles nombreuses et indigentes. Tout récemment, en effet, la proposition de loi de M. Emile Rey (1898), tendant à les admettre aux secours en nature et en argent, a été reprise par M. Steeg et la Chambre des députés s'est engagée, le 28 novembre 1908, à déposer dans ce but un projet de loi en même temps que le budget de 1910.

Alors l'œuvre législative d'assistance sociale sera complète. Le programme que le gouvernement républicain s'est tracé à ce sujet, touche à sa pleine réalisation. Notre démocratie qui nous unit dans un même sentiment d'humanité et de solidarité

pare son front d'une auréole brillante de justice et de fraternité.

Mais combien nous serions plus heureux encore de voir grandir le nombre de ceux qui font tous leurs efforts pour éviter d'avoir recours à l'assistance publique. Quand l'individu jouit d'une bonne santé, quand la jeunesse emplit tout son être de force et d'énergie, qu'il travaille, qu'il songe à l'avenir, qu'il soit économe, qu'il soit prévoyant.

L'assistance est humiliante. La charité publique dégrade ceux qui la reçoivent. Les assistés constituent dans la société une classe de dégénérés. Ils ont vécu les beaux jours de la vie sans souci de ses lendemains de souffrance. L'inactivité les rabaisse et souvent elle les conduit à l'alcoolisme et à ses funestes effets. Certes, il y aura toujours des déshérités, des vaincus de la vie. A eux l'assistance. Mais l'assistance ne doit être qu'un pis aller, l'extrême ressource pour ceux qui malgré leur volonté n'ont pu se prémunir contre les rigueurs de la maladie ou de la vieillesse.

L'assurance s'impose à tout homme qui pense et qui a conscience de son devoir. Elle sauvegarde en lui sa dignité d'homme libre. Elle le contraint au travail et à l'économie. Qu'y a-t-il de plus beau que de voir l'individu lutter pour son indépendance ! Il est prévoyant. Il n'a pas de démarche pénible à faire. Il n'a à solliciter la charité de personne. Si la maladie le frappe, le médecin vient à son appel, car il est membre d'une société de se-

cours mutuels. Parfois, il a restreint ses plaisirs pour acquitter ses versements à la caisse de la société qui est liée envers lui. Mais il a la satisfaction de n'attribuer qu'à lui-même l'existence des soins qui lui sont nécessaires.

L'assurance est donc préférable à l'assistance, et il faut regretter que la loi de 1893 empêche son développement (1). L'homme est assez insouciant par lui-même sans que la loi vienne encore accroître son imprévoyance en obligeant ses semblables à le secourir. Malgré cet obstacle, les sociétés de secours mutuels ont pris une extension considérable. Elle est due au régime très libéral de la loi du 1^{er} avril 1908, et à l'empressement que manifestent les gens aisés à diminuer les risques qu'entraîne la maladie.

On pourrait charger les mutualités du service des secours aux malades. Le législateur de 1905 est d'ailleurs partisan de cette collaboration. Un délégué des sociétés de secours mutuels du canton fait partie de la commission cantonale instituée par l'article 11. Quatre représentants du conseil supérieur de la mutualité entrent dans la composition de la commission centrale (Loi 26 décembre 1908). Par ce moyen, on diminuerait les charges publiques, car il n'est pas rare de voir des mutua

(1) De même, la loi de 1905, en organisant l'assistance aux vieillards, a retardé la solution du problème des retraites ouvrières que le Parlement a récemment abordé.

listes bénéficier de l'assistance. Il se produit ainsi des doubles emplois qui seraient évités.

Nous avons choisi le titre « Assistance aux malades », car l'expression « Assistance médicale gratuite » nous paraît trop restrictive. Elle semble, en effet, se rapporter uniquement aux soins donnés par les médecins. Tout au plus, pourrait-on admettre qu'elle comprend aussi les secours des sages-femmes. Mais la loi du 15 juillet 1893 a prévu en outre la délivrance gratuite des médicaments, bandages et appareils nécessaires à la guérison des assistés. Les termes « assistance aux malades » nous ont paru plus exacts. C'est pourquoi nous les avons adoptés.

L'assistance aux malades pauvres ne fut pas de tout temps assurée. Elle est le résultat de tentatives généreuses inspirées par le désir d'atténuer la souffrance et la pauvreté. Elle était unanimement réclamée. Mais, l'élaboration de la loi de 1893 a été hâtive ; c'est ce qui explique qu'on n'ait pas prévu les conséquences des mesures édictées.

Cette loi a consacré l'existence d'une dette sociale.

Il faut donc connaître quels sont ses créanciers et ses débiteurs. Elle est due aux Français malades privés de ressources et aux femmes en couches par la commune, le département ou l'Etat suivant leur domicile de secours. En outre, la pluralité des débiteurs exige la classification des créanciers et

la collaboration de ceux qui sont tenus de la dette pour que son complet paiement soit assuré.

Afin d'éviter aux malades des déplacements inutiles et pénibles, on les traite chez eux, dans leur famille empressée et attentive à leurs moindres désirs. On ne les arrache à ce milieu bienfaisant que si leur état ou les circonstances rendent l'hospitalisation nécessaire.

Les médecins, les sages-femmes, les pharmaciens, les établissements hospitaliers sont dédommagés de leur peine et de leur concours.

Les dépenses qui en résultent sont réparties entre les communes, les départements et l'Etat. Il faut donc déterminer les ressources qui permettent à ces collectivités administratives d'y faire face.

Etant donné les différences de milieu, les habitudes locales, le degré de richesse des régions, l'organisation des secours peut n'être pas la même partout. La loi a laissé aux départements le soin de régler les détails du service.

Elle a même permis aux communes de s'isoler et de constituer des organisations autonomes, moyennant l'observation d'un certain nombre de formalités.

Tels sont les divers points que nous nous proposons d'étudier.

CHAPITRE PREMIER

HISTORIQUE DE LA LOI DU 15 JUILLET 1893

La loi du 15 juillet 1893, a rendu obligatoire en France l'assistance aux malades pauvres. Elle ne constitue pas une réforme brusquement opérée. Elle a été le point d'aboutissement d'efforts longuement poursuivis par les gouvernements de la France, le dernier terme d'une évolution dont il n'est pas impossible de suivre la marche à travers notre histoire.

Avant cette loi, il y avait des hôpitaux et des services de secours médicaux à domicile, mais aucun plan d'ensemble, aucun esprit de méthode n'avait présidé à la création des uns et des autres. Les premiers étaient dus au hasard d'impulsions individuelles, les seconds à la bonne volonté de certains conseils généraux.

Les vrais précédents de la médecine gratuite sont dans les règlements des corporations d'artisans où elle revêtait la forme de mutualité et dans les confréries où la qualification d'honoraires a toujours marqué que l'argent reçu n'est ni la représentation du service rendu, ni la condition sine

qua non de l'intervention du maître. Les professions de chirurgien et de pharmacien se prêtèrent de tout temps à la rémunération par des tiers des services rendus aux pauvres. Mais les médecins tinrent toujours à honneur de perpétuer les traditions de désintéressement remontant aux préceptes d'Hippocrate, ajoutant parfois à la gratuité des soins la remise de médicaments payés sur leurs propres deniers. A leur exemple, les sages-femmes et les pharmaciens adoptèrent des formules de serment professionnel par lesquelles ils s'engageaient à assister les pauvres aussi consciencieusement que les riches.

Cette réglementation corporative, partie écrite, partie coutumière, semblait assurer en temps ordinaire, là où elle fonctionnait, l'accomplissement du devoir social d'assistance. Mais s'il survenait une calamité exceptionnelle, son insuffisance apparaissait. Peu à peu s'affirmait la nécessité de substituer à l'idée d'assistance aux malades pauvres faite aux dépens des praticiens, celle d'une organisation où le pauvre serait soigné gratuitement, mais où le médecin serait rémunéré.

La situation se modifia subitement au début du XIX^e siècle. Dans les campagnes et dans les villes à population ouvrière, les médecins sans fortune que ne favorisait pas une notoriété exceptionnelle éprouvèrent des difficultés à équilibrer leur budget. Le souci de la dignité professionnelle les retint pendant un certain temps, mais par la force des choses, les postes les moins avantageux fini-

rent par demeurer vacants. Les médecins commencèrent même à agiter la question d'une organisation administrative de la médecine des pauvres.

De leur côté, les pouvoirs publics s'ingéniaient à résoudre le problème de l'assistance aux malades pauvres. Il avait été formulé par les assemblées de l'époque immédiatement antérieure à la période révolutionnaire (généralité de Rouen, 19 novembre 1787). Il s'imposait à l'attention du législateur tant pour l'hospitalisation que pour le traitement à domicile. Le droit à l'assistance proclamé par le décret-loi du 24 vendémiaire an II était resté théorique. Mais ce texte non abrogé étant le seul qu'il fut possible d'invoquer pour trancher les difficultés du domicile de secours, l'application courante de certains de ses articles, faisait pénétrer dans les esprits l'idée de la dette sociale d'assistance qui devait inspirer la loi de 1893.

Pratiquement, l'origine de nos services départementaux d'assistance aux malades, remonte à l'institution des médecins cantonaux d'Alsace. Leur première réglementation date de 1810. Elle semble avoir eu pour point de départ l'exécution du décret-loi de 1808 contre la mendicité. Le canton était choisi comme circonscription d'assistance à domicile.

L'expérience fut tentée par le préfet du Bas-Rhin. Elle fut couronnée de succès, ce qui fit songer à la généraliser. Un projet tendant à la création de médecins cantonaux payés à forfait fut présenté au Parlement en 1849 par M. Dufaure.

Il fut rejeté ; seule l'assistance hospitalière fut l'objet d'une loi qui porte la date du 7 août 1851. Mais l'organisation de l'assistance à domicile fut recommandée aux préfets par l'administration au moyen de circulaires. Celle du 15 août 1854 posait déjà le principe de la participation de l'Etat aux dépenses du service.

Successivement, l'exemple du Bas-Rhin fut suivi par 49 départements qui, à la veille de la loi de 1893, étaient dotés d'un service régulier de médecine gratuite. Ils présentaient toute la gamme des organisations administratives, depuis l'autonomie locale à peu près absolue, jusqu'à la centralisation complète des fonds dans la caisse départementale avec pouvoir pour le préfet de limiter les admissions aux secours (Loiret). Le service étant facultatif, la proportion des communes qui y étaient rattachées était excessivement variable. La Drôme, le Gers englobaient presque la totalité des communes ; d'autres comme les Bouches-du-Rhône et la Corse n'avaient qu'un nombre peu considérable d'adhésions. Des inégalités existaient encore de commune à commune, car les listes d'assistés y étaient établies la plupart du temps sans contrôle et sans juridiction d'appel qualifiée pour les modifier.

Mais c'est surtout dans la façon dont les services de médecine gratuite s'étaient assurés le concours indispensable du corps médical que se remarquait la plus grande diversité de moyens et de résultats.

Il y avait 3 types d'organisation avec des modi-

fications plus ou moins nombreuses dans les détails.

Suivant le système de la médecine cantonale ou autrement dit système alsacien, le médecin était désigné par le préfet. Il donnait ses soins aux malades pauvres du canton, moyennant une allocation fixe proportionnée à l'étendue du territoire et au nombre des indigents. Ceux-ci ne pouvaient s'adresser qu'à lui.

Avec le système de la circonscription médicale, le ressort du médecin était moins vaste. Il était calculé de façon à correspondre à peu près à l'étendue de sa clientèle privée. On avait voulu assurer des soins plus rapides. Le praticien restait toujours sous la dépendance de l'autorité préfectorale ou locale et devait adhérer au tarif départemental.

Le système landais ou vosgien permettait au malade de choisir son médecin parmi ceux qui avaient préalablement accepté les honoraires prévus au tarif du département. Un fonds commun départemental était institué pour faire face aux dépenses qui étaient proportionnellement réduites s'il était insuffisant.

En outre, le mode de fixation des honoraires des praticiens du service n'était pas partout identique.

Tantôt, c'était l'abonnement suivant un traitement fixe et annuel pour tous les médecins, soit d'après le nombre des inscrits à raison de tant par tête ou par famille, soit à raison de la population

et des communes desservies. Tantôt c'était le paiement à la visite à raison de tant par vacation au domicile de l'assisté suivant l'heure, la nature de la maladie, l'éloignement du malade.

Dans 30 départements le choix des médecins appartenait soit à l'administration préfectorale (Aisne, Aude, Corse, Haute-Garonne, Hérault, Loiret, Tarn), soit à l'administration locale. Dans 12 il fut laissé aux malades eux-mêmes (Allier, Indre, Landes). Dans 2 ces modes de désignation étaient combinés (Vosges, Haute-Loire). Dans 2 autres ils étaient pratiqués l'un ou l'autre suivant les communes.

Vingt-quatre départements payaient les médecins à l'abonnement, 12 les rémunéraient à la visite (Allier, Vosges), 7 employaient ces deux modes de rémunération (Indre, Landes, Tarn-et-Garonne), 4 allouaient des primes insignifiantes (Aveyron, Gers).

Malgré les observations du Ministre de l'Intérieur, l'institution de la médecine gratuite semblait presque arrêtée dans son développement. En 1893, les populations bénéficiaires n'étaient que de 11.287.369 habitants, la dépense de 1.879.570 francs, le nombre de secourus de 239.310. Cette institution avait donné tout ce qu'il était possible d'obtenir d'un service facultatif. Elle avait le même but que la loi de 1893 ; mais il lui manquait, comme d'ailleurs à la loi de 1851, l'obligation d'assurer les secours. Il fallait l'imposer aux collectivités administratives qui devraient demander à l'impôt un

complément de ressources si les fonds en faveur des malades pauvres devenaient insuffisants.

Comme l'a rappelé M. Théophile Roussel en 1895 : « C'est à la génération médicale qui a tenu à Paris le congrès de 1845 qu'il appartient d'avoir posé les premières assises de l'assistance médicale obligatoire et gratuite, et d'avoir démontré que sans le principe de l'obligation légale cette assistance ne saurait s'établir et fonctionner ».

Cependant en 1847, à une consultation demandée par le gouvernement, la Faculté de Strasbourg signala le caractère facultatif de l'assistance comme la pierre d'achoppement des services de médecine cantonale créés.

En 1872, une enquête parlementaire aboutit aux mêmes résultats. On signala l'insuffisance de la charité privée. On demanda qu'elle fût fortifiée par une organisation légale s'étendant à toutes les communes et pourvoyant aux plus manifestes souffrances.

Ces enquêtes motivèrent deux propositions de lois : l'une de M. Roussel, l'autre de MM. Waddington, Thiessé et Savoye. Elles furent arrêtées par les événements du 16 mai.

Mais le gouvernement, désireux d'aboutir, créa la direction de l'assistance publique (décret du 4 novembre 1886) et le Conseil supérieur (décret 14 avril 1888). C'est des travaux de ces deux organes que naquit le projet de loi déposé sur le bureau de la Chambre le 5 juin 1890.

Le principe de l'assistance obligatoire était re-

connu, mais les communes et les départements restaient libres de choisir les moyens pour assurer le fonctionnement du service.

C'était à la commune de soulager ses pauvres par l'intermédiaire du bureau d'assistance. Elle devait préférer les secours à domicile plus moraux, plus efficaces, aux secours hospitaliers plus onéreux. Pour faire face aux dépenses nécessaires, la loi a établi entre les communes une sorte de mutualité.

Les plus pauvres sont aidées par les plus aisées au moyen de la subvention départementale et les départements peu fortunés sont aidés par les plus riches par la subvention de l'Etat. Mais il était nécessaire que toutes les communes restent toujours financièrement intéressées à limiter le nombre des assistés ; aussi, ne sont-elles pas déchargées de tout ou partie de leurs obligations. L'Etat, au lieu de répartir entre les départements un crédit annuel sans élasticité, a assumé l'obligation de les subventionner dans des proportions déterminées par un barème annexé à la loi. C'était au département d'établir l'organisation dont le fonctionnement serait contrôlé et surveillé par l'Etat.

La commission parlementaire accepta dans ses grandes lignes le projet du gouvernement, et la Chambre, sur les instances de M. Emile Rey, rapporteur, vota le projet en première lecture, le 11 juin 1892, et en deuxième le 12 décembre....

Au Sénat, les débats eurent plus d'ampleur,

quoique guidés encore par le désir d'arriver vite à une solution.

M. Théophile Roussel, rapporteur, fit ressortir que le projet devait assurer avec le moins de frais possible le minimum nécessaire d'assistance, qu'étant donnés l'examen sérieux dont il avait été l'objet et la fin prochaine de la législature, le Sénat ne pouvait songer à un renvoi à la Chambre. Le projet fut discuté et voté en 1^{re} lecture, les 9, 13, 16 mars 1893. L'article 24 subit une modification importante par l'adoption de l'amendement Merlet de Carné : le prix de journée des malades hospitalisés aux frais des communes, des départements ou de l'Etat serait fixé par le Conseil général et non plus par le préfet. C'était très grave, car on pouvait craindre que les Conseils généraux ne sacrifient les intérêts des hôpitaux à ceux de leur département. Il y avait encore une question plus délicate à trancher. La Commission des finances du Sénat devait faire connaître son avis sur les conséquences financières de l'application de la réforme projetée.

M. Loubet avait prononcé un discours très énergique qui avait provoqué une certaine anxiété et amené le Ministre des Finances à réclamer un certain délai pour se rendre compte de l'exactitude des calculs de son prédécesseur.

C'est alors que le président du Conseil, reçut un rapport du directeur de l'assistance, prévoyant peu de créations nouvelles d'hôpitaux ainsi que de lits supplémentaires et évaluant à 7.075.515

francs le total des dépenses ordinaires du service dont 1.306.671 francs, 86 pour l'Etat, déduction faite des dépenses actuelles et non compris le département de la Seine.

La commission des finances donna un avis favorable et le Sénat calmé ne voulut pas prendre la responsabilité d'exposer aux hasards de la révision par une nouvelle assemblée, une réforme depuis si longtemps réclamée et attendue. Aussi, le 11 juillet 1893, sur l'insistance nouvelle de M. Théophile Roussel, et de M. Monod, commissaire du gouvernement, le texte voté par la Chambre était adopté, ce qui valait renonciation à la modification apportée à l'article 24. La loi fut promulguée le 15 juillet 1893 et insérée au *Journal officiel* du 18 juillet.

Elle ne pouvait recevoir une application immédiate. Il était trop tard pour que les crédits nécessaires puissent être portées au budget de 1894 et pour que les Conseils généraux aient le temps d'élaborer leurs règlements départementaux.

Aussi le gouvernement, qui avait mis tant de hâte dans l'élaboration de la loi, s'efforça-t-il d'en assurer l'exécution prochaine. Une circulaire du 31 juillet 1893 invita les préfets à se préoccuper des mesures à proposer aux Conseils généraux. Celle du 3 août leur donna des instructions pour constituer les commissions administratives des bureaux d'assistance. Cependant on désirait voir la loi nouvelle entrer en vigueur dès 1894 et dans ce but, M. Vacherie, député, proposa d'ouvrir au Mi-

nistre de l'Intérieur un crédit de 1.307.000 francs. On ne pouvait le faire, car il fallait attendre que les règlements départementaux aient été arrêtés et que les crédits nécessaires aient été votés par les conseils municipaux et par les conseils généraux. En présence de ces difficultés, le gouvernement précise quelques points de la loi dans trois nouvelles circulaires du 18 mai, 31 juillet, 8 août 1894, et inscrit au projet de budget pour 1895 un crédit spécial de 2.138.000 francs réduit à 1.000.000 de francs, puis à 200.000 francs. En même temps, il demande au Conseil supérieur d'élaborer un projet de règlement départemental modèle pour faciliter la tâche des Conseils généraux.

La commission du budget de la Chambre repoussa la proposition du Gouvernement d'ouvrir un crédit de 200.000 francs seulement et se rallia au chiffre de 1.500.000 francs, que M. Henri Boucher jugeait suffisant. M. Morel, rapporteur au Sénat, fut du même avis. Ces prévisions devaient être assez vite dépassées.

En 1895, la part de l'Etat dans les dépenses engagées par les services départementaux fut de 481.027 fr., 03, et de 1.645.450 fr. 31 en 1902. Il nous est impossible d'y ajouter les subventions que l'Etat a versées aux communes dotées d'une organisation autonome, car les rapports au ministre de l'Intérieur donnent le total des subventions facultatives des départements et de l'Etat sans les distinguer. Ce total était de : 6.192 fr. 14 en 1896 ; de 6.731 fr. 26 en 1898 et de 4.320 fr. 50 en 1902.

La somme globale des dépenses de l'assistance dans les organisations autonomes et dans les services départementaux, n'a cessé de s'accroître.

Elle était de 8.612.092 fr. 43 en 1895, et de 17.944.339 fr. 31 en 1902.

Depuis cette époque, nous n'avons pu avoir de renseignements précis que pour 45 départements et seulement pour les services départementaux. En 1908, ils ont dépensé 8.056.061 francs. Il faut remarquer en outre que certains préfets ont omis de nous faire connaître les dépenses d'hospitalisation (Ardennes, Côte-d'Or, Loire-Inférieure, Marne, Meurthe-et-Moselle, Oise, Sarthe, Tarn-et-Garonne).

De cette loi, pourtant votée si précipitamment, le gouvernement et les rapporteurs espéraient beaucoup. Ils pensaient que notre société démocratique aurait ainsi les moyens d'accomplir son devoir d'assistance envers les malades pauvres. Les ouvriers agricoles désormais secourus n'abandonneraient plus les campagnes. On n'aurait qu'à se féliciter de la nouvelle répartition des ressources hospitalières et du meilleur emploi des fonds de l'Etat, des départements et des communes. Toutes ces espérances ne devaient pas se réaliser aussi complètement qu'on l'avait escompté.

CHAPITRE II

CRÉANCIERS DE L'ASSISTANCE

On nous reprochera peut-être de parler de créanciers de l'assistance aux malades, car cette expression éveille l'idée d'un droit. On a nié son existence en se basant sur les travaux préparatoires de la loi de 1893 et sur la discussion à la Chambre ou au Sénat. Au point de vue juridique pur, on a peut-être raison, mais en fait, les choses se passent de telle manière qu'il est permis d'affirmer que nous sommes en présence d'un véritable droit à l'assistance.

D'après les termes de l'article 16 de la loi, tout habitant, tout contribuable, peut réclamer son inscription sur la liste d'assistance. Ce droit appartient à tout individu privé de ressources, pourvu qu'il ait sa résidence habituelle dans la commune. Pourquoi donc la commission de la Chambre substitua-t-elle cette rédaction à celle de l'ancien article 18 du projet du gouvernement, qui déclarait que nul n'était recevable à demander sa propre inscription ? Est-ce vraiment, comme l'a dit l'honorable M. Rey, parce qu'on a trouvé indigne de

notre société démocratique qu'un indigent doive recourir à la complaisance d'un concitoyen pour implorer la charité publique ? C'est plutôt la reconnaissance expresse d'un droit individuel à l'assistance dont l'ancien article 18 était la négation.

En effet, que sanctionne donc ce recours devant la commission cantonale, composée du sous-préfet, d'un conseiller d'arrondissement, du conseiller général, du juge de paix ? Ce recours contre les décisions du conseil municipal sanctionne un droit. Et c'est bien l'opinion du réclamant. Il ne sollicite pas une faveur des magistrats municipaux, il adresse une demande à leurs supérieurs, et il sait que pour être satisfait, il lui suffit de faire la preuve de son dénuement. Il fait valoir son droit devant un tribunal, et ce tribunal, tout comme dans un jugement de droit commun, entend aussi les prétendus débiteurs par la bouche du maire, qui représente tous les contribuables de la commune (article 17). Tout le maintient d'ailleurs dans cette opinion : les doctrines modernes et les faits. La loi du 14 juillet 1905 a reconnu aux vieillards, aux infirmes, aux incurables, un droit à l'assistance. La circulaire du 14 juillet 1908 dit : « Il ne faut point perdre de vue que la loi de 1905 a substitué au régime antérieur d'assistance incertain et précaire, un régime précis et sûr, fondé sur le droit. »

Quant aux doctrines économiques et politiques en faveur aujourd'hui dans les milieux populaires, elles sont trop connues pour qu'il soit utile d'insister. On a pour les malheureux toutes sortes de pré

venances pour les dédommager de leur misère. On leur a dit que la société avait été injuste à leur égard, ils l'ont cru volontiers. Désormais, ils considèrent tout ce que la société fait pour eux comme un juste paiement. Plus ils reçoivent, plus ils veulent recevoir, et les plus bruyants sont loin d'être les plus malheureux. Dans les réunions publiques ils sont au premier rang, ne parlant que de leurs justes et saines revendications. Le prolétariat, c'est notre aristocratie moderne. L'assistance ne pouvait lui apparaître que comme un droit.

A quelles conditions l'exercice de ce droit est-il soumis ? Il faut être Français, privé de ressources et malade.

Il est compréhensible que si la loi intervient pour mettre en pratique le principe de la solidarité nationale et recourt à l'impôt, elle ne peut placer les étrangers au même rang que nos nationaux. Cette distinction s'imposait d'avantage encore au législateur de 1905, puisqu'il ne s'agissait plus de secours accidentels et temporaires, mais d'une assistance continue jusqu'à la mort de l'intéressé. Donc, les étrangers malades en France, privés de ressources, ne peuvent bénéficier des secours prévus par la loi de 1893. Pour qu'ils puissent être assimilés à nos nationaux, il faudrait qu'un traité d'assistance réciproque (1) ait été conclu avec leur

(1) La loi de 1905 ne prévoit pas l'éventualité d'un traité d'assistance réciproque.

pays d'origine (1). Or, aucun traité de ce genre n'a encore été signé. Des négociations ont été entamées dès 1894 par le gouvernement français avec la Suisse et l'Espagne. Au mois de décembre de la même année, le représentant du gouvernement suisse à Paris proposa un accord sur les bases générales de la convention du 27 septembre 1882, réglant les rapports des deux pays pour les aliénés et les enfants assistés. Aucune solution n'est intervenue à ce sujet. On peut prévoir néanmoins qu'elle ne saurait tarder, puisque, d'une part, la Suisse a signé une convention avec l'Autriche et avec l'Italie (1875), et que, d'autre part, la question des secours accordés en France aux aliénés et aux enfants étrangers, a été réglée par divers traités internationaux (Suisse, Belgique, Autriche, Italie, Russie, Hollande, Allemagne, Espagne, Luxembourg, Angleterre) (2). Les aliénés et les enfants suisses, par exemple, sont assistés et traités à l'égal de nos nationaux jusqu'à leur rapatriement. Les soins dont ils sont l'objet ne donnent pas lieu à un remboursement de la part du gouvernement suisse, mais seulement de la part des secourus ou de leurs familles s'il y a possibilité. Il est à souhai-

(1) En Belgique, d'après la loi du 27 septembre 1891, les étrangers sans domicile de secours sont secourus par l'État.

(2) Le traité franco-anglais est basé sur le non-rapatriement.

ter que les étrangers malades sur notre territoire soient enfin légalement secourus. Il y a là une raison d'humanité et un moyen facile d'appliquer les nobles principes d'entente et de solidarité internationales.

Il faut aussi espérer qu'on étendra l'application de la loi de 1893 à l'Algérie et aux colonies. Le gouvernement aura à cœur de continuer l'œuvre du Décret du 6 mars 1907, déterminant les conditions d'application à l'Algérie de la loi de 1904, sur les enfants assistés.

Est-ce à dire qu'en France les étrangers malades et privés de ressources sont dépourvus de tout secours ? Non, car l'article premier de la loi du 7 août 1851 leur est applicable. On a bien dit que les dispositions de faveur écrites dans cette loi, l'étaient pour les seuls Français, mais lisons l'exposé des motifs. De Melun, rapporteur, disait : « Les hospices ont été originairement fondés surtout pour les passants, pour ceux ayant besoin d'hospitalité... Qu'il ne soit pas dit que sur la terre de France on demande à l'entrée de l'hôpital, non plus les plaies et les douleurs, mais le passeport du malheureux. »

En outre, les termes employés par la loi « lorsqu'un individu », ont un sens très large. Enfin, la décision ministérielle du 16 décembre 1863 permet de n'avoir aucun doute à ce sujet : « L'article premier, d'après lequel aucune condition de domicile de secours n'est exigée des individus privés

de ressources qui tombent malades dans une commune, s'applique aux étrangers comme aux Français. » Cette jurisprudence administrative a été maintes fois confirmée. Par suite, nos hôpitaux, surtout nos hôpitaux frontières, ont supporté une charge considérable. A Lille, en 1887, on a hospitalisé 1.746 Belges, qui ont nécessité une dépense de 190.382 fr. 37 ; en 1891, ils étaient 2.113 et coûtèrent 110.567 fr. 80. A Marseille, pour les Italiens hospitalisés, nous avons les chiffres suivants :

1887 2.608 admis dépenses 217.672 fr. 22

1891 1.985 admis dépenses 162.668 fr. 16

Néanmoins, ce régime est moins favorable aux étrangers que celui créé par la loi de 1893, car il n'existe en somme que peu de communes pourvues d'hôpitaux. Cette raison hâtera sans doute la conclusion des traités d'assistance réciproque, quoiqu'il existe bien des localités où les bureaux de bienfaisance et des institutions de charité privée viennent en aide aux étrangers.

La seconde condition exigée par la loi de 1893 est d'être privé de ressources (1), c'est-à-dire dénué de tout secours personnel, ou de soins familiaux.

Cette expression « privé de ressources » a un sens plus étendu que le mot « indigent ». Tel ouvrier qui, par son travail, suffit aux nécessités de

(1) *Idem.*, loi du 14 juillet 1905.

l'existence peut, par suite d'accident, de maladie, être incapable de subvenir aux frais qu'exigent son traitement et son entretien. La liste des gens sans ressources et susceptibles d'être secourus peut être plus longue que celle des indigents inscrits au bureau de bienfaisance. En effet, il ne faut pas qu'on puisse refuser les secours médicaux et pharmaceutiques à quelqu'un sous le prétexte que le bureau de bienfaisance ne vient pas périodiquement à son aide. Mais s'il est abusif de n'accorder les secours qu'à ceux dont le nom figure sur la liste du bureau de bienfaisance, il ne faut pas tomber dans l'excès contraire. Ce serait un tort très grave que d'en faire bénéficier les personnes qui, sans avoir de réserve pécuniaire, gagnent assez largement leur vie pour pouvoir s'acquitter après guérison des dettes contractées envers le médecin ou le pharmacien.

Ces considérations n'ont pas arrêté certains conseils municipaux et l'on peut citer des exemples aussi scandaleux qu'étonnants. Dans une commune de la Corse, en 1904, sur 1.800 habitants, 1.500, dont le maire, des conseillers municipaux, le curé en tête, bénéficiaient des secours accordés par la loi de 1893 et coûtaient à l'Etat 35.000 francs par an. (Rapport Clémentel à la Chambre.)

Ces résultats fâcheux proviennent du désir des élus de plaire à leurs électeurs. Ils sont encore le fruit de cet état d'esprit qui fait qu'on ne considère plus comme un déshonneur de vivre de la charité publique.

Le docteur Vigouroux, de Montpellier, dans son rapport au préfet d'avril 1909, insiste sur ce point et fait la remarque qu'un grand nombre d'individus « se laisseraient vivre sans rien faire si la commune leur offrait une pitance aussi maigre soit-elle. Pourvu qu'ils n'aient rien à faire, elle leur suffirait ». Il est donc absolument nécessaire de réagir pour réprimer ces abus, « sinon des populations entières prendront la douce habitude de se mettre en subsistance sur le budget national ». Là où est le mal, souvent est le remède. Il serait à désirer que tous les médecins suivent le bel exemple de leur collègue de Montpellier, qui, au cours de ses visites dans sa circonscription, est parvenu à réduire de 116 unités le nombre des assistés. Il est parfois aisé de persuader un maire, un conseiller municipal trop généreux de leur dangereuse tendance et de les faire revenir sur leurs erreurs en leur montrant l'étendue des conséquences financières de leur manière d'agir. Ainsi, le médecin ferait œuvre sociale en faisant œuvre professionnelle. Il y a lieu de féliciter très chaudement le docteur Vigouroux, qui dissimule mal la peine qu'il faut se donner, mais ne cache pas la satisfaction qu'on ressent une fois le devoir accompli : « Essayer d'améliorer de cette façon l'état social dans son petit milieu, ne demande qu'un faible effort, et ajoute à tel point du plaisir à celui de soulager qu'on le renouvelle chaque jour aussi bien sans peine que sans mérite. »

Les conseils municipaux doivent prendre en con-

sidération la privation de ressources personnelles propres à l'assisté. Même, il est à souhaiter que dans toute la France on généralise la mesure prise par certains départements et par certaines communes, qui consiste à proportionner l'assistance au degré de dénuement. C'est ce qu'on a convenu d'appeler la « demi-assistance ».

On entend par là la demi-gratuité des frais de maladie, ou la gratuité du médecin, ou la gratuité des médicaments. Elle a été spécialement organisée dans l'Indre (1). Il en est fait mention en regard du nom des bénéficiaires dont la liste est annuellement adressée aux médecins, pharmaciens, sages-femmes, qui ont adhéré au règlement départemental. Comme le cas le plus fréquent est la demi-gratuité des frais de visite et des médicaments, les praticiens du service ne font figurer sur leurs mémoires transmis à la préfecture, que la moitié de leurs honoraires. En même temps, la demi-assistance laissant à la charge de l'assisté une partie des frais de maladie est un moyen de restreindre les abus des secours, et une garantie de voir le médecin appelé seulement à bon escient. (Renseignements donnés par le docteur Favette, sous-inspecteur de l'Assistance publique à Châteauroux.)

Dans le même ordre d'idées on peut faire remarquer que certaines sociétés de secours mutuels limitent les secours accordés. Elles proportionnent

(1) Il en est de même dans Aveyron.

« l'assurance » au montant des cotisations versées par leurs membres participants. Tantôt elles n'accordent que les frais médicaux ou pharmaceutiques, tantôt elles restreignent l'indemnité quotidienne.

Enfin, pour bénéficier des secours accordés par la loi de 1893, il faut être malade, affligé d'un mal qui paralyse en partie ou en totalité les facultés de travail. (Circulaire, 18 mai 1894.)

La même condition est exigée par les statuts des sociétés de secours mutuels, qui prévoient, en outre, une maladie involontaire, non causée par les excès, l'intempérance ou la faute (rixes, émeutes) des affiliés.

La loi de 1893 ne distingue pas entre les différentes maladies. Elle n'exclut donc pas ceux qui sont atteints de syphilis, de teigne, de gale (Congrès d'assistance de Lyon 1894), ni ceux qui sont atteints d'affections organiques constitutionnelles, ni ceux qui ont besoin d'un traitement thermal (1). Mais elle n'a en vue que les malades curables, c'est-à-dire ceux dont la nature de l'affection permet d'espérer une guérison plus ou moins prochaine (2). Les incurables relèvent de la loi de 1905. Néanmoins, des difficultés ont été soulevées

(1) *Idem*, pour les sociétés de secours mutuels.

(2) Les sociétés de secours mutuels accordent d'abord aux incurables les mêmes secours qu'aux autres malades, puis l'incurabilité établie par le certificat médical, elles ne leur allouent que des indemnités annuelles renouvelables.

au sujet des maladies chroniques et spécialement des tuberculoses pulmonaires.

Le malade chronique bénéficie de la loi de 1893, car il a besoin d'un traitement curatif au moins au cours des manifestations aiguës de son mal. Mais pratiquement, un grand nombre de tuberculeux (1) sont exclus de l'assistance aux malades, et cela pour plusieurs raisons. D'abord, l'article 26 ne prévoit pas au nombre des dépenses qui peuvent être imposées d'office aux collectivités, les frais de suralimentation, de cures d'air, ni les indemnités de chômage. Ensuite, les conseils généraux ne peuvent être contraints de désigner des sanatoria comme hôpitaux de rattachement.

La loi n'a pas dit que les blessés sont des malades, parce que cette précision lui a paru aller de soi. Les statuts des sociétés de secours mutuels les assimilent aux malades. C'est dans le cas d'accident, de maladie chronique ou de maladie aiguë, qu'en pratique on a recours à l'admission d'urgence. C'est un moyen de faire bénéficier des secours les personnes qui n'ont pas été inscrites sur la liste d'assistance, dont nous étudierons dans un chapitre spécial les conditions d'établissement.

Pour les malades chroniques, l'admission d'ur-

(1) Dans les mutualités, les tuberculeux sont assimilés aux autres malades ; mais le Conseil d'administration de la Société, sur l'avis du médecin peut, à la longue, les placer sur le même rang que les incurables.

gence est prononcée provisoirement par le bureau d'assistance (1). Cette décision doit être prise dans les mêmes conditions qu'une inscription sur la liste, c'est-à-dire après convocation du médecin de service, du receveur municipal et de l'un des répartiteurs désignés par le sous-préfet. Mais si le maire estime que la commission administrative du bureau ne peut être réunie à temps, il admet lui-même le malade aux secours, et en rend compte, en comité secret, au conseil municipal, dans sa prochaine séance. Cette dernière obligation et la responsabilité morale du maire constituent une garantie contre les abus pouvant résulter d'admissions trop faciles. Il serait à craindre, en effet, que dans les départements, où la part contributive des communes est fixée d'après le nombre des inscrits sur la liste, on ne pratique couramment l'admission d'urgence pour diminuer d'autant la charge communale.

Un semblable inconvénient n'est pas à redouter pour les accidents et les maladies aiguës. Par définition même, ce sont des cas accidentels, et le bureau d'assistance peut bien être excusable de ne pas les avoir prévus. Aussi, le maire ou même son remplaçant légal, sont compétents. L'urgence est présumée et il n'est pas nécessaire de constater préalablement qu'il y a impossibilité de réunir le bureau. Le maire n'intervient, et l'assistance n'incombe à la commune que si elle est dépourvue d'hô-

(1) Voir sa composition et son fonctionnement chap. 4.

pital. C'est surtout en face d'une maladie transmissible que le maire ne devra pas hésiter à user des droits que l'article 20 lui confère. S'il s'agit de fièvre typhoïde, de variole, de scarlatine, de diphtérie, de choléra ou de peste, la collectivité a intérêt à ce que les secours soient immédiatement accordés. Ici, comme pour l'admission d'un malade chronique, le maire doit rendre compte des mesures prises au conseil municipal, en comité secret et à sa plus prochaine séance.

L'admission d'urgence peut porter, soit sur l'assistance à domicile, soit sur l'assistance hospitalière qui feront l'objet d'un chapitre spécial. L'un ou l'autre mode sera employé suivant les soins nécessités par l'état du malade. Cette admission ne comporte donc essentiellement qu'une décision du maire, mais il est bon qu'elle revête la forme écrite. Elle est appliquée, en effet, dans un certain nombre de communes comme un moyen de limiter la liste d'assistance. C'est donc une irrégularité manifeste qu'il convient, par suite, d'entourer de certaines formalités pour qu'on ne puisse en faire abus.

L'article premier de la loi de 1893, à l'exemple de la loi belge de 1891, et de même que la loi du 1^{er} avril 1898 sur les sociétés de secours mutuels, assimile expressément les femmes en couches à des malades. Cette assimilation est toute naturelle et cependant elle a été maintes fois méconnue par certaines administrations hospitalières.

Déjà, le 5 juillet 1906, la Chambre des députés avait voté une proposition de loi de M. Engerand,

consacrant le droit de la femme au repos avant et après l'accouchement. Le Sénat, dans la séance du 26 octobre 1909, a adopté le texte suivant : « La suspension de travail pour les femmes pendant huit semaines consécutives, avant ou après l'accouchement, ne peut entraîner la rupture du contrat de travail, et ce, à peine de dommages-intérêts au profit de la femme. Celle-ci devra prévenir l'employeur du motif de son absence. »

Une autre proposition de loi de M. Paul Strauss, qui porte la date du 30 juin 1908, tendait à faire accorder aux femmes en couches une indemnité journalière pendant le repos prévu, avant et après l'accouchement. Mais M. Fortier présenta un amendement qui avait en vue d'étendre le nouveau service aux ouvrières des campagnes. La dépense à prévoir se trouvait ainsi tellement majorée que le Sénat décida le renvoi à sa commission le 30 novembre 1908.

Déjà il existe dans un certain nombre de grandes villes des maternités où la femme est reçue soit aux frais de l'établissement, soit aux frais du service départemental d'assistance, mais cette organisation est loin d'être suffisamment étendue. Les sociétés de secours mutuels prennent à leur charge les frais d'accouchement et donnent aux femmes en couches une indemnité de repos pour 4 semaines ou bien elles paient les frais d'affiliation à une mutualité maternelle.

Les secours accordés se prolongent quelle que soit la durée de la maladie. C'est pour cela qu'on a

vu des teigneux bénéficier des secours pendant plusieurs années, alors que les procédés d'épilation électrique étaient encore inconnus. Il n'en est pas de même des affiliés à une société de secours mutuels. Les secours sont accordés pour un certain temps (3 ou 6 mois), mais si la maladie se prolonge, ils sont généralement refusés.

De là l'utilité des caisses de réassurance qui, moyennant une modique somme, prolongent les secours au-delà du délai fixé par les statuts. Telle est la caisse fondée en 1905 par l'Union départementale des sociétés de secours mutuels de l'Hérault. Moyennant une cotisation mensuelle de 0 fr. 15 par mois, soit 1 fr. 80 par an, elle garantit aux mutualistes abandonnés par la Société mère, au bout de trois mois, une indemnité de 1 franc par jour pendant 21 mois. Le mutualiste malade est ainsi secouru pendant 2 ans.

Il faut faire remarquer que la loi de 1893 n'a fixé aucune condition d'âge. Par suite, les enfants du premier âge tombés malades en nourrice, et tous les mineurs, peuvent être secourus. C'est un correctif apporté à l'organisation des sociétés de secours mutuels qui généralement n'acceptent comme membres que les individus âgés d'au moins 16 ans, à moins qu'il ne s'agisse d'une « mutualité scolaire » ou que les statuts de la société n'admettent des pupilles. Il en résulte pour les communes de la résidence de ces jeunes enfants une charge considérable qui explique leur résistance à les admettre aux secours. Pour la faire cesser, on a proposé au Con-

grès d'assistance de Rouen de 1897 de ne leur faire supporter que trois jours de traitement pour les enfants de moins de deux ans.

Il n'en est pas de même pour les enfants assistés qui sont des pupilles du département, et les enfants protégés par la loi du 23 décembre 1874 ne peuvent jouir de ces avantages que s'ils appartiennent à des familles pauvres.

CHAPITRE III

DÉS COLLECTIVITÉS DÉBITRICES DE L'ASSISTANCE

Les collectivités débitrices de l'assistance sont déterminées, suivant la loi de 1893 comme d'après celle de 1905, par le domicile de secours de l'intéressé. Ce peut être la commune ou le département ou l'Etat.

La commune est d'abord tenue, à son défaut c'est le département et enfin l'Etat. Ici, la commune est à la base de l'assistance. Elle en est le « pivot » a dit si justement M. le docteur Dreyfus-Brissac. C'est un devoir pour ceux qui vivent côte à côte des pauvres de les soulager. Ils sont les mieux placés pour apprécier le degré de leur misère et pour éviter deux excès également regrettables : faire trop ou ne pas faire assez (1).

Il n'en est pas ainsi pour les enfants dont l'assistance est à base départementale. Cela tient à ce

(1) La loi de 1905 prévoit la même base pour l'assistance aux vieillards.

que ce service a pour objet essentiel de secourir des malheureux dont le lien familial est rompu et qu'on ne saurait rattacher par le domicile de secours à une commune déterminée. Le même principe régit l'assistance aux aliénés.

C'est une mesure de police générale. La dépense qu'elle nécessite a été assimilée à une dépense départementale variable, ce qui en a fait passer peu à peu la direction aux préfets.

Pour les malades, les vieillards, les infirmes et les incurables, les départements et l'Etat sont contraints de venir en aide aux communes par des subventions dont nous étudierons plus loin le mécanisme. La détermination du domicile de secours a pour but de faire supporter les dépenses à la collectivité dans la sphère de laquelle l'assisté exerce le plus habituellement son activité. Il convient donc de connaître les règles d'acquisition et de perte du domicile de secours. Auparavant, il est nécessaire de faire remarquer que les dispositions de la loi de 1893 s'appliquent non seulement aux malades, mais encore aux vieillards, infirmes et incurables et aux aliénés. Ceci résulte de la décision contentieuse du Conseil d'Etat en date du 12 février 1897. Elle accorde une portée générale à l'article 36 et met fin à la controverse qui s'était élevée sur le point de savoir si l'on devait étendre l'application du titre II aux autres modes d'assistance ou à d'autres catégories d'assistés et en particulier aux aliénés. La loi nouvelle est plus respectueuse des liens de famille que le décret de

vendémiaire an II. Elle a remplacé le domicile de secours purement personnel, par un domicile transmissible familial. Il peut s'acquérir par la résidence, par la filiation, par le mariage et par la naissance.

La résidence doit être d'une durée d'un an (1). En 1872, les conseils généraux ayant émis les uns des avis dissemblables, les autres ne s'étant pas prononcés, la commission de la Chambre a pensé qu'il fallait maintenir l'article 4 du décret de vendémiaire et le Gouvernement ne s'est pas opposé à la durée d'un an, car il voyait dans cette brièveté le moyen de restreindre les charges de l'Etat.

Il suffit d'une résidence de fait, mais il faut qu'elle soit habituelle, qu'elle présente le caractère de fixité et soit volontaire (circul. préfet des Deux-Sèvres, 16 janvier 1895). Les soldats, les prisonniers ne peuvent acquérir le domicile de secours dans la commune où ils sont envoyés. Ils reprennent à leur libération celui qu'ils avaient avant l'appel sous les drapeaux ou avant l'incarcération. C'est parce que la résidence doit être volontaire que les mineurs, les femmes mariées, ne peuvent acquérir un domicile de secours autre que celui de leurs parents, de leurs maris. D'ailleurs, le délai de la résidence ne commence à courir que pos-

(1) En Belgique, on exige 3 ans. En Allemagne, 2 ans, et en outre le délai ne commence à courir qu'à partir de la dix-huitième année (Loi 12 mars 1894). En France, pour les vieillards, la résidence obligatoire est de 5 années.

térieurement à la majorité ou à l'émancipation. Elle s'établit par toutes les preuves qui peuvent en justifier, même par la notoriété publique. L'inscription au greffe de la mairie exigée par le décret de vendémiaire n'est plus nécessaire.

En vue de conserver aux membres d'une même famille le même domicile de secours, l'article 6, § 2, spécifie que l'enfant a celui de son père, qu'il a celui de sa mère si elle survit ou si, seule, elle l'a reconnu, qu'il a celui de l'époux à qui il a été confié si ses parents sont séparés de corps. Abandonné par son père, l'enfant a le domicile de secours de sa mère, et si tous les deux l'abandonnent, il garde, pendant sa minorité, celui qu'il avait antérieurement à l'abandon. Le législateur a obéi au même désir en édictant le 3° de l'article 6. Le domicile de secours de la femme mariée, de la veuve est celui de son mari. Elle ne le conserve plus si son époux l'abandonne. (Avis Conseil d'Etat, 5 février 1902.)

Alors que d'après le décret de vendémiaire le lieu de naissance déterminait en principe le domicile de secours, depuis 1893 ce n'est plus qu'à titre exceptionnel qu'il intervient ; il faut se trouver dans un cas non prévu par l'article 6. On peut citer l'enfant naturel qu'aucun de ses parents n'a reconnu et qui n'appartient pas au service des enfants assistés. Il a son domicile de secours dans la commune où il est né et il le conserve jusqu'au jour où, majeur ou émancipé, il en acquiert un au-

tre après une résidence habituelle et volontaire d'un an.

Le domicile de secours se perd soit par l'acquisition d'un nouveau, soit par une absence ininterrompue d'un an postérieurement à la majorité ou à l'émancipation (1). Il ne faut pas que le malade puisse bénéficier des secours de deux communes différentes. Le décret de vendémiaire avait posé la même règle et la jurisprudence est en ce sens depuis l'arrêt du Conseil d'Etat du 9 mars 1870. Il ne suffit pas que l'absence soit réitérée. Tout individu peut quitter à plusieurs reprises la commune où il a son domicile de secours sans le perdre pour cela. Il le conserve alors même que ses absences totalisées excèdent un an, pourvu qu'il laisse deviner son intention de revenir. L'ininterruption est exigée. En outre, l'absence doit être volontaire. Par suite, le malade hospitalisé ne peut perdre le domicile de secours qu'il avait antérieurement à l'hospitalisation. Cela ne fait aucun doute si l'hôpital où il est admis est public. C'est la solution contraire qu'il faudrait admettre s'il s'agissait d'un établissement privé qui échappe au contrôle administratif et qui ne soit pas un hôpital de rattachement. Nous serions en présence d'une absence volontaire. Il suffirait qu'elle se prolongeât pendant un an. C'est parce que l'ab-

(1) Le vieillard ne peut acquérir ni perdre le domicile de secours à partir de 65 ans.

sence doit être volontaire que les enfants assistés placés dans un département autre que celui dont ils sont les pupilles ne peuvent y acquérir un domicile de secours. Ils sont les enfants adoptifs du département qui les assiste, là est leur domicile de secours. Le département qui en a la charge paiera leurs frais de maladie.

Les contestations auxquelles peut donner lieu la détermination du domicile de secours sont de la compétence directe du Conseil d'Etat. (Avis Conseil d'Etat : section de l'Intérieur, 16 mars 1897. Conseil d'Etat au contentieux, 8 août 1899.) Il en est de même pour les aliénés (Conseil d'Etat au contentieux, 20 avril et 30 novembre 1894). Mais pour les vieillards, c'est le conseil de préfecture qui est compétent (art. 34, loi 1905), sauf appel devant le Conseil d'Etat (art. 36 même loi). Cette compétence appartient au ministre de l'Intérieur, sauf recours au Conseil d'Etat s'il s'agit de contestations relatives au domicile de secours et à l'admission des pupilles de l'assistance publique.

Nous venons de voir dans quelles conditions naît et s'éteint la dette de la commune. Est-ce à dire que les individus, sans résidence fixe, qui plus que tous les autres recourent à l'assistance et qui perdent leur domicile de secours dans une commune sans en acquérir un autre dans une nouvelle localité du même département, seront dépourvus de tout secours ? qui donc va se substituer à la commune pour assister les malheureux ? c'est le département. Ainsi la loi de 1893 institue un domi-

cile de secours départemental qui obéit aux mêmes règles d'acquisition et de perte que le domicile de secours communal. Cela résulte des explications fournies au Sénat par M. Roussel, rapporteur et par M. Monod, commissaire du Gouvernement. Ce dernier, répondant à une question de M. Félix Martin, dit expressément que le domicile de secours départemental s'acquiert par un an de résidence ininterrompue dans le département. En effet, l'intéressé peut avoir résidé plus d'une année dans le même département, en habitant successivement plusieurs communes, mais sans y être demeuré suffisamment pour avoir acquis dans l'une un domicile de secours communal.

C'est le seul domicile de secours des enfants assistés qui, en aucun cas, ne peuvent acquérir un domicile de secours communal tant qu'ils sont inscrits sur les registres du département dont ils sont les pupilles.

Enfin, il peut arriver que le malade, privé de ressources, n'ait ni domicile de secours communal, ni domicile de secours départemental. Dans ce cas, c'est l'Etat qui prend à sa charge la dette d'assistance. Il la paie pour ceux qui remplissent les conditions exigées par l'article 1^{er}. Il n'est pas nécessaire qu'ils résident en France au moins depuis un an, pas plus qu'ils ne perdent leur droit aux secours s'ils s'absentent du sol national pendant plus d'un an.

Les aliénés ne peuvent avoir un domicile de secours d'Etat. Ceux qui n'ont ni domicile de se-

cours communal, ni domicile de secours départemental, restent à la charge du département dont le préfet a prononcé l'admission.

Il peut se faire que la collectivité qui a fourni l'assistance ne soit pas celle du domicile de secours de l'assisté. Il est juste qu'elle ne supporte la dépense qu'à titre provisoire. Elle peut se faire rembourser par le malade qui cesse d'être privé de ressources, par la collectivité, ou par les personnes, sociétés ou corporations réellement débitrices. Ce droit de recours peut, suivant les cas, être exercé par la commune, le département ou l'Etat.

Faut-il conclure de l'article 2 que les hôpitaux ne peuvent profiter de cet avantage ? L'article 25 de la loi de 1893 maintient expressément la loi du 7 août 1851 dont l'article 5 reçoit ici application. Donc, si le malade a été admis en vertu de cette dernière loi, c'est-à-dire dans le cas où il existe un hôpital dans la commune où il est tombé malade, un seul recours est ouvert à cet établissement bienfaiteur. La commission administrative peut se faire rembourser par les personnes, sociétés ou corporations tenues à l'assistance. C'est un recours de droit commun prévu par l'article 1166 du Code civil : « les créanciers peuvent exercer les droits et actions de leurs débiteurs ». Mais il ne peut pas l'intenter contre une commune, même si l'hospitalisé y a son domicile de secours, ni contre le département, ni contre l'Etat. Il a satisfait à

une obligation légale que le législateur de 1851 lui a imposée et que celui de 1893 a maintenue.

Si, au contraire, il a reçu des malades en vertu de la loi de 1893, c'est-à-dire si, hôpital de rattachement, il a hospitalisé aux frais de la commune qui est celle du domicile de secours de l'assisté, il n'a qu'à réclamer le total des prix de journée au service départemental. Celui-ci pourra intenter des recours subsidiaires contre tels ou tels, mais devra, dans tous les cas, rembourser à l'hôpital ce qui lui est dû.

Le recours peut être exercé contre la commune, le département ou l'Etat suivant le domicile de secours des malades assistés par une autre collectivité. Dans ce cas, il a lieu par voie administrative par l'intermédiaire de l'autorité préfectorale. La commune assistante s'adresse au préfet pour former son recours, soit contre une commune du même département qu'elle ou d'un autre département, soit contre le département où elle est située ou un autre département, soit enfin contre l'Etat. Elle doit sans retard donner avis au Préfet des secours qu'elle a accordés et fournir toutes les indications nécessaires pour faciliter le recouvrement des frais qu'elle a avancés. Tout retard ou toute omission pourrait avoir pour résultat de laisser la dépense à sa charge. Elle sera remboursée intégralement même pour les secours accordés à un malade chronique admis d'urgence. Mais s'il s'agit des soins prodigués en cas d'accident ou de maladie aiguë après admis-

sion d'urgence par le maire, elle supportera les frais des dix premiers jours de traitement (1). Il est présumé qu'elle aura bénéficié jusque-là du travail du secouru et, en outre, il peut arriver qu'elle ait une certaine part de responsabilité dans la maladie. Enfin, accorder dans ce cas le recours intégral à la commune eût été ouvrir la porte aux abus. Les municipalités auraient pu accorder l'assistance aux gens de passage avec une facilité excessive si elles avaient été fondées à penser qu'elles ne grèveraient pas ainsi les finances de la commune. Par suite, les vagabonds se seraient bientôt sans doute transformés en malades.

Au-delà des dix premiers jours de traitement les frais avancés par la commune assistante lui seront remboursés par le service départemental qui, substitué à elle, pourra se faire rembourser par qui de droit. C'est pour elle une situation avantageuse, surtout si le débiteur définitif est insolvable. Pour en bénéficier, il lui suffira, en outre des formalités que son maire doit remplir et que nous avons vues plus haut, d'adresser au préfet un état des frais.

Comme nous venons de nous en rendre compte, le département paie. S'il est le débiteur définitif, c'est-à-dire si le secouru a le domicile de secours

(1) *Idem* loi belge du 27 septembre 1891. La loi allemande du 12 mars 1894 laisse à la charge de l'Union charitable locale les frais des treize premières semaines de traitement.

dans le département, il n'y aura aucune difficulté. Mais si, comme la commune, il a fait une simple avance, il pourra en poursuivre le recouvrement. Si c'est une autre commune du même département qui est débitrice, le Préfet s'adressera à son maire. Si c'est une commune d'un autre département ou un autre département, il s'adressera à son collègue. Si c'est l'Etat enfin, il présentera sa requête au ministre de l'Intérieur. Il en fera de même si le bénéficiaire est étranger pour que le ministre puisse en référer par voie diplomatique auprès de son pays d'origine.

Ce dernier cas est une voie de recours ouverte à l'Etat qui peut encore s'adresser aux préfets quand il a fait l'avance des frais pour des assistés ayant un domicile de secours communal ou départemental.

Mais le recours peut encore être dirigé contre les personnes, sociétés ou corporations tenues à l'assistance. A cet effet, il faut faire une distinction suivant qu'il émane d'un hôpital ou d'une collectivité administrative.

L'établissement hospitalier peut recourir contre le malade lui-même s'il est revenu en meilleure fortune et à partir du jour où il est devenu plus aisé (1). Sont encore obligés à son égard les héri-

(1) Une rente insaisissable comme ayant un caractère alimentaire peut être saisie comme sûreté d'une créance d'aliments, notamment pour paiement des frais de traitement du rentier dans un hôpital (Versailles. 24 septembre 1879)

tiers de l'hospitalisé (avis du Conseil d'Etat, 14 octobre, 30 novembre 1809), ses débiteurs, les membres de sa famille et enfin les sociétés ou corporations dont il faisait partie. Si l'hôpital agit contre les héritiers du malade il fait valoir un droit de créance en raison des dépenses faites dans l'intérêt du défunt. Ce droit porte sur tous les effets mobiliers apportés par l'hospitalisé, s'ils n'ont que peu de valeur (vêtements, linge, décision ministérielle du 11 avril 1883) et à condition que les héritiers n'offrent pas de rembourser les frais occasionnés par le de cujus (bulletin ministériel, Intérieur 1865, page 177). Comme ce n'est pas un droit successoral, le droit des hospices s'étend aux effets du malade étranger décédé au cours d'un traitement gratuit. Le droit de recours le l'hôpital contre les débiteurs du malade, est l'application de l'article 1166 du Code civil. Il peut l'exercer contre une société de secours mutuels pour les soins donnés à ses membres. Nous verrons en effet, dans le chapitre IV, que ses membres, suivant certaines conditions, peuvent être inscrits sur la liste d'assistance. Mais la société ne doit le remboursement que jusqu'à concurrence de ce qu'elle devait elle-même à l'hospitalisé.

Il semble résulter de la rédaction de l'article 5, de la loi de 1851 que l'hôpital peut seulement attaquer les membres de la famille de l'hospitalisé désignés, par les articles 205 et 206 du Code civil. Mais l'assistance aux malades est un moyen d'acquitter la dette alimentaire. La loi de 1851 a

rappelé les cas les plus fréquents où elle peut être exigée sans entendre faire abstraction des autres beaucoup plus rares.

A ce point de vue, l'hôpital et les collectivités administratives ont les mêmes droits. Ils peuvent considérer comme tenus du remboursement les membres de la famille de l'assisté, désignés par les articles 205, 206, 207, 212, du Code civil.

Ce sont les enfants, petits-enfants, époux, héritiers de l'époux prédécédé, gendres et belles-filles, parents ou autres ascendants, beaux-pères et belles-mères. Les frères et sœurs, beaux-frères et belles-sœurs n'étant pas débiteurs de la dette alimentaire, ne peuvent être considérés comme débiteurs de la dette d'assistance.

Le recours procède de la nature de la créance alimentaire. Il ne peut être exercé que s'il y a lieu, c'est-à-dire que si au moment où les dépenses ont été faites, les membres de la famille pouvaient venir en aide à leurs parents dans le besoin. Certes, pour éviter des complications inutiles, il vaudrait bien mieux refuser l'assistance à ceux qui ont une créance alimentaire recouvrable. Il suffirait d'avoir auprès des commissions administratives des bureaux d'assistance, un service d'enquêteurs. Cette pratique est généralement suivie pour les vieillards, pourquoi ne pas l'étendre aux malades ?

Le congrès national d'assistance de Lyon, dans sa séance du 29 juin 1894, a, sur la proposition de M. Lefort, adopté un vœu pour éviter les abus nombreux qu'on a constatés.

Ce vœu tend à ce que la législation soit complétée de manière à caractériser et punir l'infraction reprochée aux faux nécessiteux. Sans aller jusqu'à édicter des peines correctionnelles en pareil cas, il faudrait prescrire des enquêtes sérieuses et refuser l'assistance si l'on jugeait qu'elle n'est pas nécessaire. On pourrait réserver les peines pour ceux qui se sont soustraits à leurs obligations d'assistance ou qui se sont rendus coupables de manœuvres constitutives du délit d'escroquerie en essayant d'entraver ou de fausser le travail des enquêteurs (1). On ne serait pas ainsi exposé à voir des individus bénéficier des secours qu'ils ont demandés, et qu'ils acceptent parce qu'ils sont très heureux de vivre de la charité de tous, plutôt que de frapper à la porte de leurs propres parents.

(1) En Allemagne, sont punis des arrêts ou d'une amende de 150 marcks au plus les parents qui se sont soustraits aux obligations d'assistance pour en laisser la charge aux Unions charitables.

CHAPITRE IV

ÉTABLISSEMENT DES LISTES

Il était nécessaire de donner à la commune un organisme qui puisse faciliter le fonctionnement du service et assurer la distribution des secours : c'est le Bureau d'Assistance (1) qui est chargé de ce soin. Chaque commune doit en être pourvue, et plusieurs communes ne peuvent former un syndicat pour n'en avoir qu'un seul. L'article 35, dont nous étudierons l'application dans un chapitre spécial ne peut faire exception à cette règle. Mais, en pratique, les grandes et moyennes villes confient l'exécution du service à leur bureau de bienfaisance. Celui-ci agit en quelque sorte par délégation du bureau d'assistance. Et cela parce que les principales questions soulevées par la mise en œuvre de l'assistance aux malades sont surtout des questions d'assistance à domicile. (Rondel, la Commune et l'Assistance obligatoire.) Un décret n'a pas

(1) Pour les sociétés de secours mutuels, c'est le Conseil d'administration aidé dans sa tâche par les visiteurs.

besoin d'intervenir, le bureau d'assistance est créé *ipso facto* par la loi de 1893. Il est non seulement l'organe de l'assistance obligatoire, mais encore il est un acheminement vers l'unification des administrations chargées dans la même localité des œuvres d'assistance. Institué pour secourir les malades pauvres et pour suppléer le bureau de bienfaisance, s'il venait à faire défaut, il est naturel que la loi de 1905 l'ait appelé à s'occuper des vieillards, des infirmes et des incurables. Personne n'est mieux à même de connaître les véritables misères, les véritables besoins.

Le bureau d'assistance est administré par une commission administrative.

Quand la commune a un bureau de bienfaisance et un hôpital, la commission administrative du bureau d'assistance est constituée par la réunion des commissions administratives du bureau de bienfaisance et de l'hôpital.

Si la commune n'a ni bureau de bienfaisance ni hôpital, la loi du 5 août 1879, qui a modifié celle du 21 mai 1873, s'applique. La commission administrative du bureau d'assistance est alors composée du maire, président de droit, de deux délégués du conseil municipal et de quatre administrateurs nommés pour quatre ans par le ministre de l'Intérieur s'il s'agit d'une création nouvelle ou d'un renouvellement total, ou par le préfet dans les autres cas. Les membres doivent être des personnes honorables et ne peuvent se trouver dans aucun des cas d'incapacité ou d'incompatibilité pré-

vus par les lois et les règlements. Ainsi, un médecin, un pharmacien du service ne sauraient être administrateurs. Leurs fonctions sont gratuites. Leurs délibérations sont prises à la majorité et en secret.

Si la commune possède, soit un bureau de bienfaisance, soit un hôpital, c'est la commission administrative de l'établissement charitable existant qui forme celle du bureau d'assistance.

Par le seul fait de la loi, le bureau d'assistance constitue un établissement public et jouit de la personnalité civile au même titre que les hospices et les bureaux de bienfaisance.

Il représente la collectivité des pauvres de la commune pour tout ce qui touche à l'assistance aux malades. Les dons et legs qui ont cette destination peuvent être acceptés à titre conservatoire, par le maire président. Le décret du Président de la République, ou l'arrêté préfectoral intervenant ultérieurement à cette acceptation, a effet du jour de sa date. Dans ce cas, le maire n'a nul besoin d'être habilité par une délibération de la commission administrative, quoique la circulaire du 18 mai 1894 lui recommande d'agir de concert avec elle toutes les fois que ce sera possible. Il peut être suppléé dans l'acceptation définitive des libéralités par un administrateur délégué. En effet, l'article 11 a précisé que le bureau pouvait être représenté en justice et dans les actes de la vie civile par l'un de ses membres, pour éviter les complications qui résulteraient de l'intervention de tous les

administrateurs. Le maire, pouvant être empêché, il était nécessaire d'autoriser le bureau à désigner son suppléant. Seulement, il devra le désigner annuellement et le délégué ne pourra agir qu'en vertu et en exécution des délibérations prises par la commission administrative.

Comme le bureau est chargé d'assurer le service de l'assistance aux malades, il a, par suite, la gestion et la disposition des ressources qui ont cette affectation propre. C'est ainsi que les hospices et les bureaux de bienfaisance peuvent bien conserver l'administration des fondations, dons et legs qui leur ont été attribués, avec affectation spéciale des revenus à l'assistance médicale, mais ils doivent verser ces revenus dans la caisse du bureau d'assistance (art. 30). Si ses recettes propres ou ses revenus réunis à ceux des hospices et des bureaux de bienfaisance, excèdent 30.000 francs, il pourra avoir un receveur spécial, nommé par le préfet, sur la proposition de trois candidats par la commission administrative ; si la somme de 30.000 francs n'est pas atteinte, c'est le receveur municipal qui sera receveur du bureau.

Le budget du bureau sera spécial si ses ressources propres atteignent 20 francs de rente (circul. minist. Int., 19 janvier 1906), ou s'il reçoit une subvention quelconque du département. Ces ressources propres ne comprennent pas le contingent communal dans le service départemental. Elles se composent d'une part du produit des concessions dans les cimetières, et de la taxe des pauvres

sur les spectacles, et principalement des dons et legs, soit spécialement faits aux malades pauvres de la commune, soit attribués à ces malades pour partie par l'acte administratif d'autorisation. On prélève à cet effet un cinquième des libéralités sans affectation déterminée, que les établissements communaux d'assistance sont habilités à accepter.

Au-dessous de 20 francs de rente, le budget du bureau d'assistance non subventionné est rattaché au budget communal. Deux chapitres sont affectés aux recettes et aux dépenses du service. Le département se charge de la manipulation des deniers, d'après les pièces fournies par le maire. Les livres de comptes et autres pièces de comptabilité sont exempts de timbre, comme tout ce qui concerne l'assistance aux malades, qui peut aussi être enregistré gratis, si l'enregistrement est nécessaire (art. 32).

Les attributions des bureaux d'assistance varient suivant la composition de leur commission, mais il en est qu'ils ont tous : ce sont celles qui leur sont dévolues par la loi de 1893 et, notamment, celle de dresser et de reviser la liste d'assistance. A cet effet, la commission administrative doit se réunir avant chacune des sessions trimestrielles du Conseil municipal, c'est-à-dire en janvier, avril, juillet et octobre. Elle doit s'adjoindre, pour ce travail, le médecin du service ou un délégué, le receveur municipal et un des répartiteurs désigné par le sous-préfet. Leur convocation est obligatoire. Ils sont libres d'y répondre ou non,

mais ils ont seulement voix consultative. Ce sont des collaborateurs précieux. Ils peuvent fournir des renseignements exacts sur la situation de fortune des intéressés et contribuer ainsi à l'établissement d'une liste exacte. Elle doit être dressée intégralement au début de chaque année, et seulement révisée tous les trimestres. Il ne faut pas que la liste soit permanente (1). Elle serait exposée à être confondue avec celle des indigents. C'est précisément un des griefs principaux à relever contre certaines commissions, qui permettent ainsi à bon nombre d'individus de se considérer comme inscrits à perpétuité. La liste doit comprendre nominativement ceux qui ont dans la commune leur domicile de secours et dont on peut penser raisonnablement que, s'ils tombent malades, ils auront besoin, en tout ou en partie, des secours médicaux et pharmaceutiques.

L'article 13 emploie à dessein le terme « nominativement », pour éviter que des familles entières figurent trop aisément sur la liste. Avant d'en inscrire tous les membres, il faut s'assurer que chacun d'eux réunit bien les conditions exigées par l'article premier.

Pour la rédaction de la liste, on ne peut édicter des principes généraux et rigoureusement inflexibles. Ce sont des questions d'espèce pour la solu-

(1) La liste d'assistance prévue par la loi de 1905 est permanente.

tion desquelles il convient de s'inspirer des circonstances de fait.

Ainsi, les commissions administratives pourront mieux répartir les secours et appliquer seulement la « demi-assistance », dont nous avons parlé plus haut, quand elles jugeront qu'elle est suffisante. Même, elles inscriront sur la liste les membres des Sociétés de secours mutuels, en mettant en regard de leurs noms les secours qui leur seront accordés, si elles estiment que les soins assurés par la Société ne sont pas en rapport avec le besoin existant.

Autrefois, elles n'auraient pu le faire, mais le ministre de l'Intérieur s'étant rendu compte que certaines sociétés de secours mutuels n'étaient pas assez riches pour venir complètement en aide à leurs membres, a décidé qu'ils pourraient être compris parmi les bénéficiaires de l'assistance aux malades. (Solution ministérielle, 25 mars 1896.)

Les enfants assistés ne doivent pas y figurer, puisque le département pourvoit à leurs besoins, mais il en est autrement des enfants secourus temporairement, qui doivent bénéficier au premier chef de la loi de 1893.

Les inscriptions sur la liste se font sans qu'une demande de l'intéressé soit nécessaire (1).

(1) Il en est différemment d'après la loi de 1905. Les demandes, suivant le cas, sont adressées au maire, au sous-préfet, au préfet ou au ministre de l'Intérieur.

La liste engageant les finances communales, il était indispensable de la soumettre à l'approbation du Conseil municipal et de reconnaître à cette assemblée le droit d'addition et de retranchement. Mais il serait regrettable que les élus de la commune profitent de cette prérogative pour étendre surtout, ou pour limiter, la liste à leurs parents ou à leurs amis. Il convenait de ne pas rendre publiques les séances de l'assemblée communale où devaient être soulevées des questions personnelles et d'intérêt privé en opposition avec l'intérêt communal (circulaire du 15 mai 1884). Cependant, le droit de réclamation étant admis, il fallait imposer l'obligation du dépôt au secrétariat de la mairie, et, de l'avis du maire, pour le porter à la connaissance des habitants par voie d'affiche. Comme sanction à la régularité de cette procédure, la liste et un procès-verbal constatant l'accomplissement des formalités prescrites, doivent être adressés au sous-préfet ou au préfet, dans l'arrondissement chef-lieu.

Le préfet peut, dans les huit jours, en référer au Conseil de préfecture, qui, dans le même délai, statue et fixe, s'il y a lieu, l'époque où les opérations annulées seront refaites. L'appréciation du préfet et du Conseil de préfecture porte seulement sur la question de savoir si les exigences de la loi ont été satisfaites. Le Conseil de préfecture joue ici le rôle d'une juridiction de cassation.

Si le bureau d'assistance refuse d'établir la liste,

c'est au Conseil municipal qu'incombe ce soin; et, s'il manque à ses obligations, le préfet, chargé d'assurer l'exécution des lois, doit prendre les mesures nécessaires (1).

Nous avons montré que le droit à l'assistance reposait sur la faculté de réclamer contre l'établissement de la liste. Pour éviter, soit le favoritisme, soit une économie excessive, tout habitant ou contribuable peut faire une demande en inscription ou en radiation. Ce droit appartient à ceux qui ont leur résidence habituelle dans la commune, à ceux qui sont inscrits au rôle des contributions, et au préfet ou à son délégué, depuis la loi de finances du 13 avril 1898 (art. 58) (2).

La réclamation doit être écrite, mentionner le nom et l'adresse de son auteur, de celui en faveur de qui elle est formée, et énoncer les motifs sur lesquels elle est fondée. Elle doit être adressée au sous-préfet ou au préfet, dans l'arrondissement chef-lieu, car ils ont la surveillance des opérations. Elle doit être faite dans les vingt jours à partir de l'avis de dépôt. La personne dont l'inscription ou la radiation est demandée reçoit un avertissement qui lui permettra de présenter ses observations.

(1) D'après la loi de 1905, le préfet invite la commission cantonale à se charger de ce travail, et si elle refuse, la commission centrale statue en dernier ressort.

(2) D'après la loi de 1905, ce droit appartient aussi au sous-préfet (art. 9.)

La commission cantonale est juge souverain en la matière. Elle est composée du sous-préfet, d'un conseiller général, d'un conseiller d'arrondissement, dans l'ordre de nomination, et du juge de paix. Elle est ainsi formée, de manière à offrir les garanties les plus sérieuses de compétence et d'impartialité (1). Elle ne peut statuer que si le maire de la commune dont la liste d'assistance est soumise à examen, a été entendu, ou tout au moins dûment appelé. En effet, le maire a pris part à l'établissement de la liste ; à ce titre, il peut fournir à la commission d'utiles renseignements.

- Mais, comme il pourrait être empêché, ou refuser à dessein de comparaître, la loi a décidé que sa présence n'était pas indispensable. La commission doit délibérer en comité secret, suivant la règle de la non-publicité des séances des corps administratifs. La loi ne dit pas dans quel délai sa décision devra intervenir, car le législateur a pensé que la qualité de ses membres était une garantie suffisante (1).

Elle statue définitivement. Seul, un recours pour excès de pouvoir devant le Conseil d'Etat est ou-

(1) En matière d'assistance aux vieillards, la loi de 1905 a ajouté trois nouveaux membres : un délégué du préfet, un délégué des bureaux d'assistance du canton, un délégué des sociétés de secours mutuels du canton également.

(2) Le délai prévu par la loi de 1905 est d'un mois. Cette loi organise une commission centrale pour mieux sauvegarder les intérêts des ayant-droit.

vert aux parties ayant un intérêt direct et personnel. Ses décisions sont portées à la connaissance du sous-préfet et du maire, dans les huit jours. Le maire et le sous-préfet opèrent eux-mêmes sur la liste les additions et les retranchements prononcés. Le préfet en reçoit communication par l'intermédiaire du sous-préfet.

Les bureaux d'assistance ayant compris leur mission de façons différentes, les uns étendant la liste sans aucune modération, les autres la restreignant le plus possible, il est à désirer que les recours devant la commission cantonale soient très fréquents. D'une manière générale, la proportion des inscrits à la population desservie à diminué. En 1895, pour les services départementaux, on comptait 6,3 inscrits pour 100 habitants ; en 1902, il n'y en avait plus que 5,2. L'assistance obligatoire, au lieu de développer le paupérisme, diminuerait-elle le nombre des indigents ? Il ne faut pas avoir trop de hâte à arriver à cette conclusion. En effet, dans le Var, cette proportion est de 1 pour 100, alors que, dans le Nord, elle est de 12,40 pour 100. La différence de situation d'une région agricole et d'une région industrielle, ne suffit pas à expliquer ces énormes écarts, d'autant plus qu'on les remarque même dans deux départements limitrophes (Ile-et-Vilaine, 11,1 pour 100 — Côtes-du-Nord, 4,50 pour 100). C'est qu'il n'y a pas application exacte et normale de la loi. Les commissions cantonales doivent être les régulateurs du service. Les initiatives privées sont trop

rares et les préfets n'usent pas assez souvent de leurs pouvoirs.

En 1900, seuls les préfets de l'Aude, de la Haute-Garonne, du Loir-et-Cher et du Vaucluse, ont formulé 36 demandes en inscription, qui ont été admises. En 1901, ceux de l'Aveyron, de l'Indre, de la Haute-Garonne, du Loiret, de la Savoie, en ont présenté 106, qui ont eu le même sort, et celui du Puy-de-Dôme vit 52 demandes en radiation accordées. Mais, de 1900 à 1902, quarante départements environ n'eurent pas recours aux commissions cantonales. Il est à souhaiter que l'exemple des 47 autres soit suivi, car les chiffres de 316 demandes en radiation et de 2.593 en inscription pour cette période ne sont pas suffisants, si on considère la moyenne annuelle des inscriptions susceptibles d'appel, qui est environ de 1.400.000. Certes, il faut noter le progrès du fonctionnement des commissions cantonales : 56 se sont réunis en 1900, 87 en 1901, 82 en 1902, mais il est nécessaire qu'elles soient encore plus souvent sollicitées.

Il semble qu'il serait très utile de créer un ministère public près de ces commissions, pour en assurer le fonctionnement plus régulier et plus efficace.

La liste d'assistance, modifiée, s'il y a lieu, après la décision de la commission cantonale, doit être rédigée en trois exemplaires. L'un est destiné aux praticiens du service, l'autre à l'hôpital ordinaire de rattachement, le troisième à l'hôpital central,

où sont donnés des soins plus spéciaux et plus étendus.

La commission administrative du bureau d'assistance ayant le devoir d'inscrire sur la liste ceux que leur misère désigne à son attention; semblerait avoir le droit de rayer immédiatement ceux qui lui paraîtraient revenus à meilleure fortune. Mais la loi n'a pas voulu que la commune puisse se décharger si aisément de ses obligations. Voilà pourquoi l'article 22 spécifie que l'inscription continue à valoir pendant un an. Ainsi, la commune demeure responsable au regard des collectivités administratives qui ont assisté ceux qui avaient chez elle leur domicile de secours. Cependant, si la commune d'origine prouve que la situation de celui qu'elle avait inscrit s'est améliorée, et qu'il aurait pu être rayé le trimestre suivant, elle n'aura pas à rembourser les soins accordés.

Le bénéfice des secours médicaux et pharmaceutiques doit être retiré quand les conditions qui l'ont motivé cessent d'exister. Le retrait est prononcé par les autorités compétentes pour décider de l'admission.

Est-ce à dire que ceux-là seuls qui sont inscrits sur la liste ont droit aux secours ? Non. Nous avons vu, en effet, que les admis d'urgence étaient des créanciers de l'assistance. Ils ne doivent être inscrits sur la liste que si, la maladie terminée, le bureau d'assistance et le Conseil municipal entendent leur conserver le bénéfice éventuel des secours médicaux et pharmaceutiques. Les malades

privés de ressources, qui ont un domicile de secours départemental (1), ou qui n'ont aucun domicile de secours, sont admis à profiter de l'assistance par le préfet (2). A cet effet, les maires lui signalent ceux qui sont dépourvus d'un domicile de secours communal. Ils doivent lui fournir des indications sur les résidences que chacun d'eux a occupées pendant les douze derniers mois, ou le motif qui s'oppose à ce que ce renseignement soit donné. Un certificat constatant la maladie, et un second justifiant de la privation de ressources, sont joints au dossier. Il n'existe pas de liste d'assistance départementale ; le préfet décide pour chaque cas particulier. Un recours est ouvert contre sa décision devant le ministre de l'Intérieur. En outre, les élus du département exercent un contrôle sur les admissions aux secours départementaux. L'article 23 oblige le préfet à communiquer tous les mois la liste de ceux qu'il a admis à la commission départementale. En outre, la loi du 10 août 1871 lui fait un devoir de présenter à cette même commission l'état détaillé des ordonnancements qu'il a pris et qui intéressent les finances départementales.

(1) L'admission des vieillards, infirmes et incurables est provisoirement prononcée par la commission départementale. La ratification est réservée au conseil général.

(2) L'admission des vieillards, infirmes, incurables sans domicile de secours est prononcée par le Ministre de l'intérieur sur l'avis de la commission centrale.

Des obligations analogues lui sont imposées en ce qui concerne ceux qu'il a admis au bénéfice des secours de l'Etat. Chaque mois, il en fait parvenir la liste au ministre de l'Intérieur. D'autre part, les finances publiques étant ainsi engagées, et comme il était à craindre que les préfets ne sacrifient trop aisément les intérêts de l'Etat à ceux de leur département, ils doivent fournir au ministre des renseignements identiques à ceux qu'ils prescrivent aux maires. Enfin, ils ne sauraient oublier les termes de la circulaire du 18 mai 1894 : « Représentant des intérêts de l'Etat et ménager de ses ressources, vous ne sauriez, Monsieur le Préfet, mettre trop de soins à prescrire toutes recherches, à ordonner toutes enquêtes de nature à vous permettre d'établir le domicile de secours communal ou départemental de l'assisté, afin d'éviter à l'Etat des charges qui ne devraient pas lui incomber. »

Toutes ces formalités, exigées par la loi au cas d'admission d'urgence par le maire ou prononcées par le préfet, ne sont pas à dédaigner.

Dans les services départementaux, le nombre des admis d'urgence n'a cessé de s'accroître. Il était de 7.091 en 1895, de 30.107 en 1900, de 42.559 en 1902. Nous avons vu, dans le chapitre précédent, la cause de ces abus et l'œuvre salubre que pourraient accomplir à ce sujet bien des médecins. En la matière, les Conseils municipaux ne sauraient être trop méfiants et les maires trop ménagers des finances communales. Les préfets

paraissent s'évertuer à tenir un grand compte des prescriptions de la loi et des termes des circulaires ministérielles fréquentes. Quoique le chiffre de leurs admis soit passé de 1.239 en 1895 à 1.507 en 1902, une diminution sensible pour l'ensemble des années de 1895 à 1902 est à noter, car ce chiffre fut de 1565 en 1897 et de 1754 en 1901.

CHAPITRE V

MODES D'ASSISTANCE

La loi de 1893 a prévu deux modes d'assistance (1) : l'assistance à domicile et l'assistance à l'hôpital.

Le malade privé de ressources doit, toutes les fois que la chose est possible, recevoir l'assistance à domicile. Cette préférence se justifie par des raisons de moralité et d'économie.

Le malade secouru à domicile a la satisfaction de rester chez lui. Il demeure auprès des siens incessamment dévoués à ses soins. Les liens de la famille se trouvent ainsi resserrés par la même douleur. Il n'est rien qui fortifie l'affection et provoque de beaux dévouements comme la communauté de peines et de larmes. Les amis, les voisins, réconfortent le patient en lui apportant la preuve de leur sympathie. Le malade revient à la

(1) La loi de 1905 prévoit quatre modes d'assistance : l'assistance à domicile, l'hospitalisation, le placement familial et le logement seul dans un établissement public ou privé.

santé à côté d'êtres chers, à son foyer, sans avoir été contraint de changer ses habitudes.

Il est aisé de comprendre la répugnance presque instinctive qu'éprouvent les malades pour l'hôpital. Ils sont placés dans les circonstances où on aime le moins à se dépayser. On a même dit qu'au point de vue hygiénique, l'assistance à domicile était préférable. Certes, la promiscuité des malades, l'exiguïté de certaines salles, l'air confiné de l'établissement, justifient un peu cette opinion, mais il ne faudrait pas exagérer. Les prescriptions des médecins sont de plus en plus observées. Les hôpitaux sont construits en dehors des agglomérations. On ouvre des salles spacieuses et bien aérées. On organise scrupuleusement des services de désinfection efficaces. En outre, les soins des sœurs de charité, ceux, non moins appréciés, de nos infirmières laïques, sont des plus satisfaisants. Le malade redoute l'hôpital parce qu'il veut à son chevet des visages connus. Il est comme l'enfant qui recherche des caresses. Il désire cet empressement de tous à ses moindres gestes. C'est cette joie réparatrice qu'il faut lui conserver autant que possible en le secourant à domicile.

La raison capitale, décisive, qui doit faire adopter le traitement à domicile comme la règle générale, c'est, disait M. Rey, dans son rapport à la Chambre, l'économie énorme qu'il réalise sur le traitement à l'hôpital. Alors qu'en moyenne, dans les services départementaux, la dépense nécessitée pour un assisté à domicile est de 12 francs, celle

qui est causée par les soins hospitaliers est de 88 francs (1902), c'est-à-dire qu'un hospitalisé coûte en moyenne autant que 4 malades secourus à domicile. C'est une conséquence financière trop grave pour qu'il soit permis de l'ignorer. Les commissions administratives des bureaux d'assistance doivent porter leur attention sur ce point de telle sorte que les deniers des pauvres ne soient dépensés qu'à bon escient. Ils doivent s'évertuer à obtenir des conseils municipaux toutes concessions susceptibles de développer le plus possible l'organisation des secours à domicile de façon que l'hospitalisation soit seulement pratiquée comme mesure extrême. La loi, d'ailleurs, les aide dans cette voie. Elle dit « à domicile » et non « à son domicile ». Par suite, le malade peut être secouru non seulement à son domicile personnel, mais encore chez un parent, un ami, un voisin, qui a consenti à le recueillir et à le soigner.

Pourquoi ne pas s'inspirer de l'article 3 du projet du gouvernement ? Pourquoi ne pas essayer d'amener les administrations locales, les particuliers charitables, à organiser des dispensaires ? C'est là une organisation « méthodique proportionnant l'effort au besoin ». Plusieurs communes pourraient, d'ailleurs, s'entendre à cet effet et former un syndicat pour diminuer leurs sacrifices. Ce serait, sans doute, un surcroît de dépenses, mais bien minime si on le compare aux frais d'hospitalisation auxquels il faudra faire face et qu'on pourrait ainsi éviter. Le dispensaire est un local

où le médecin se rend à jour fixe. Les consultations y sont gratuites et, de plus, le docteur réduit le nombre de ses déplacements. C'est avantageux pour lui et surtout pour les finances locales qui auront moins de visites à solder. Il est payé tant par vacation, ce qui est très économique.

En outre de la salle de consultations, le dispensaire comprend une salle de pansements. On doit y trouver l'outillage nécessaire pour l'établissement du diagnostic (stéthoscope, speculum, lit ou plate-forme d'examen), les instruments et appareils pour les soins et opérations d'urgence (bistouris, pinces, seringues de Pravaz), les pièces de pansement usuelles (coton hydrophile, gazes antiseptiques, linges). Il doit être approprié pour recueillir les malades dont l'état exige qu'ils ne soient pas soignés à domicile, mais qui n'est pas assez grave pour que l'hospitalisation soit prescrite. Il pourrait être installé à peu de frais à la mairie, surtout dans les moyennes et grandes villes où la maison commune est assez spacieuse et ne comprend pas, comme dans les campagnes, une salle de réunions pour le conseil municipal, le logement des instituteurs et du garde-champêtre. La Chambre des députés n'a pas cru devoir en faire une obligation pour les communes, de peur de grever leur budget et de soulever contre l'application de la loi un mécontentement général. Il ne faut pas voir là une marque de défaveur, c'est une institution excellente qui rend de très grands services et que l'Etat encourage.

Le dispensaire du Bleynard, dans la Lozère, bénéficie précisément d'une subvention. Son utilité est très appréciée. Il constitue un asile de nuit, comporte trois ou quatre lits, réalise le poste de secours pour les voyageurs malheureux, à trente kilomètres de tout hôpital. Aussi a-t-on pris l'habitude de l'appeler le Mont Saint-Bernard du Plateau Central. Il recueille annuellement une centaine de miséreux exténués par la maladie ou victimes d'accidents.

Dans certaines villes, il existe des dispensaires pour enfants (Le Havre), des dispensaires généraux ou spéciaux pour des affections déterminées. Le Congrès de Lyon émit le vœu que tous fussent dotés d'un ou deux lits pour les passagers atteints d'une maladie transmissible.

Dans le Rhône, on a organisé auprès de certains dispensaires un service dentaire. La consultation coûte 1 franc et l'extraction ou le plombage coûte 2 francs.

C'est dans le Vaucluse que cette institution fonctionne le mieux. Le département est divisé en 15 circonscriptions rattachées chacune à un dispensaire. En dehors des consultations, on y pratique des opérations de petite chirurgie et les médicaments ordonnés sont autant que possible absorbés sur place, ce qui évite le gaspillage. Certains possèdent une petite infirmerie, sous la surveillance d'un infirmier, avec quelques lits. Tout cela occasionne de nouvelles dépenses, mais comme l'hospitalisation est maintes fois évitée et que la sub-

vention départementale est due, les communes ne se grèveront pas outre mesure.

Il ne faut pas se dissimuler que l'assistance à domicile, telle qu'elle est généralement pratiquée, est insuffisante. On arrive bien, par le service des consultations, des visites de jour et de nuit, et par la distribution des médicaments, à secourir un grand nombre de malheureux. Mais ces secours ne sont pas assez étendus pour diminuer le nombre des cas où l'hospitalisation s'impose.

Communément, les consultations ont lieu à des jours et à des heures déterminées, soit au cabinet du docteur, soit dans une salle de la mairie ou du bureau de bienfaisance. Elles sont données, soit par le médecin de l'assistance, soit par le médecin de service, soit, suivant le jour, par le médecin de tel ou tel quartier quand la ville est divisée en un certain nombre de circonscriptions, soit par le médecin choisi par l'assisté. Dans certaines villes, on a réservé des jours de consultation pour les spécialistes (Montpellier, nourrissons-yeux).

Les médicaments sont délivrés sur-le-champ, et c'est le cas pour les communes ayant une organisation spéciale où une pharmacie est attachée au bureau de bienfaisance. Ailleurs, ils sont distribués par le pharmacien de service ou les pharmaciens ayant adhéré au règlement départemental, suivant le choix du malade et sur le vu de l'ordonnance du médecin.

Les visites ont lieu sur la présentation du carnet de visite signé du président du bureau d'assis-

tance (1). Elles sont mentionnées sur une feuille de maladie par le docteur. Le carnet est quelquefois remplacé par un bulletin de visite accordé soit par la commission du bureau d'assistance, soit par le maire, soit par les administrateurs du bureau de bienfaisance, soit par le pharmacien attaché au bureau. Le carnet, la feuille de maladie, le bulletin, sont autant de pièces à l'appui de la comptabilité du médecin. Les visites sont faites par le médecin de l'assistance ou par un médecin de service, ou par le médecin du quartier où demeure le malade, ou encore par le docteur choisi par l'assisté.

S'il s'agit d'une femme enceinte, les visites sont faites, soit par un médecin, soit par une sage-femme, qui peut, en outre, faire appeler le docteur si elle juge sa présence nécessaire.

Les visites de nuit sont assurées dans certaines villes. Le service est généralement rattaché à la police municipale, mais il peut être englobé dans l'assistance aux malades. Dans ce cas, il existe un tarif spécial, généralement le double de celui en vigueur pour les visites de jour.

(1) Les visites sont faites par le médecin de la Société de secours mutuels sur l'avis du secrétaire qui informe, en outre, les visiteurs chargés du contrôle. Les pharmaciens délivrent les médicaments sur le vu de l'ordonnance du docteur. Au cas où la société paie seulement une indemnité quotidienne pour frais de maladie, l'affilié choisit son médecin et son pharmacien qu'il doit lui-même rémunérer.

Pour les malades non inscrits sur la liste, pour les admis d'urgence, le médecin est appelé soit par le maire ou son délégué, soit par le malade ou sa famille, sur la présentation d'une note faisant foi de l'admission.

On se rend aisément compte que les secours à domicile ne peuvent être appliqués qu'à des cas communs et bénins de maladies. Mais si l'isolement est nécessaire (fièvreux), si une opération chirurgicale doit être pratiquée, les moyens de guérison que présente ce mode d'assistance sont insuffisants. Sans aller jusqu'à prétendre que l'organisation des dispensaires comblerait ces lacunes, il est permis d'espérer qu'elle rendrait encore moins fréquents les envois de malades à l'hôpital. Nous avons vu combien il est à désirer que l'hospitalisation, vu son prix onéreux surtout, devienne un secours extraordinaire, très rare, auquel il ne devrait être fait appel qu'en cas d'absolue nécessité. Cependant, ces cas d'absolue nécessité se présentent. La nature de la maladie, l'insalubrité du domicile de l'assisté, l'absence de dispensaire, rendent l'hospitalisation inévitable. Il convient de s'assurer que le malade consent à être hospitalisé et qu'il existe à l'hôpital un lit vacant pour le recevoir. Il est aussi indispensable que l'impossibilité de soigner le patient à domicile soit dûment constatée par le médecin de service ou le médecin traitant, sous sa responsabilité, ajoute la circulaire du 18 mai 1894. Il ne s'agit ici que d'une responsabilité morale. On veut éviter l'incli-

nation trop naturelle à donner facilement le certificat d'admission pour avoir moins d'indigents à secourir. Le contrôle est exercé ici par le maire ou son délégué, qui doivent contresigner le certificat médical. Ils se rendent compte de la nécessité de l'hospitalisation et le bureau d'assistance connaît les charges éventuelles qui peuvent en résulter pour la commune. Nous voyons ici une autre utilité des dispensaires. On pourrait décider que l'envoi à l'hôpital sera prescrit seulement par le médecin attaché à l'établissement, que le maire sera tenu de vérifier particulièrement chaque cas et que la responsabilité de tout le bureau d'assistance sera engagée. On éviterait ainsi, pensons-nous, bien des hospitalisations sans cause.

Le certificat d'admission, contresigné par le maire, atteste l'engagement de la municipalité vis-à-vis de l'administration hospitalière. Celle-ci pourra se faire rembourser les frais d'entretien en intentant le recours, dès lors recevable, que nous avons mentionné dans le chapitre précédent.

Le certificat n'est pas nécessaire pour les malades de la commune, siège de l'établissement, ni pour les passagers tombés malades sur son territoire. Ils y sont reçus conformément à l'article 1^{er} de la loi de 1851, gratuitement, sans que l'hôpital puisse se faire dédommager des dépenses qu'ils lui occasionnent.

Sur quel hôpital seront donc dirigés les malades des communes qui en sont dépourvues. Sur celui que le conseil général aura déterminé. Le rat-

tachement des communes à un ou plusieurs hôpitaux est une tâche délicate et difficile. Un rattachement suffisant ne peut être que l'œuvre du temps, à la suite d'efforts contradictoires et de tâtonnements. Ce travail des conseils généraux est appelé à être souvent remanié par suite des modifications survenues dans la population, dans le nombre des malades, dans le degré de richesse, dans les facilités de communication.

Les assemblées départementales doivent se livrer à cet effet à une étude approfondie des besoins de leur circonscription et de la situation des locaux, des ressources médicales des hôpitaux. Il faut qu'elles s'efforcent de graduer les rattachements en utilisant les établissements de moindre importance pour les affections qui exigent des soins peu étendus et en réservant ceux qui possèdent un outillage complet, un personnel considérable et capable pour les cas compliqués de médecine et de chirurgie.

Rien ne s'oppose à ce qu'à défaut d'hôpital, le conseil général rattache les communes à un hôpital-hospice ou même à un hospice réservé aux vieillards ou aux infirmes. Il suffit que l'acte constitutif de l'établissement, l'acte de fondation, ne renferme pas de clause contraire.

L'hôpital de rattachement peut même être privé, mais, dans ce cas, la subvention de l'Etat et du département ne s'étend pas aux dépenses faites par la commune dans ses rapports avec cet établisse-

ment qui échappe presque complètement au contrôle de l'administration (Tarn, Lacauune).

Un certain nombre de communes peuvent encore être rattachées à l'hôpital d'un département voisin autre que celui où elles sont situées. Mais alors, l'accord entre les deux conseils généraux est nécessaire, et il faut le consentement de la commission administrative de l'hôpital désigné.

Dans les services départementaux, la loi de 1893 a été, à ce point de vue, sagement appliquée. Les organismes existants ont été adaptés aux exigences nouvelles. Le nombre des hôpitaux de rattachement tend à augmenter : de 1.135 en 1897, il est passé à 1.204 en 1902. Le conseil général du Calvados a désigné l'hôpital de Pen-Bron pour le traitement des enfants rachitiques et scrofuleux. Celui du Gard assure à cette catégorie de malades les bains de mer au Grau-du-Roi. Celui du Haut-Rhin a rattaché le département aux sanatoria de Banyuls-sur-Mer et de Saint-Trojan. Les assemblées départementales se sont livrées à un travail d'autant plus sérieux qu'elles n'ont pas oublié que leur décision en la matière implique obligation pour les hôpitaux désignés de recevoir les malades des communes rattachées. Les commissions administratives n'ont que deux recours possibles. L'un, contentieux, au Conseil d'Etat, pour excès de pouvoir, s'il leur est impossible de remplir les obligations que la loi de 1851 leur impose. L'autre, gracieux, au conseil général, pour obtenir les modifications du règlement. Les réclamations peuvent

décider l'autorité supérieure à suspendre l'exécution de la décision.

L'utilisation des lits existants peut ne pas permettre d'assurer dans tous les départements les secours hospitaliers indispensables. Il faut alors créer des lits nouveaux, agrandir les hôpitaux ou en construire d'autres. Il en résulte des dépenses nouvelles pour lesquelles interviennent les subventions de l'Etat prélevées sur les fonds du pari mutuel. Nous les étudierons dans le chapitre suivant.

Les hôpitaux nouvellement créés sont administrés par les Préfets au même titre que les autres services départementaux. Les conseils généraux ne peuvent prendre en main leur administration, ni la déléguer à une commission dans le sein de laquelle ils se seraient réservé la prépondérance (Décrets en Conseil d'Etat, 15 janvier ; 20 novembre 1875 ; 24 avril 1881.)

L'utilisation des lits existants oblige les conseils généraux à s'occuper du nombre de lits vacants, disponibles dans les hôpitaux. Dans ces établissements, un certain nombre de lits peuvent être réservés, c'est-à-dire inutilisables pour le nouveau service de l'assistance aux malades. Les uns sont destinés aux malades de la commune siège de l'établissement (art. 1^{er} loi de 1851), les autres à ceux des communes bénéficiaires d'actes de fondation particuliers ; d'autres enfin aux habitants des communes qui possédaient autrefois des léproseries et maladreries supprimées par des édits d'union et réunies aux hôpitaux envisagés. Pour cha-

que hôpital, les préfets font dresser un état des lits avec leur destination (circulaire 1894), et, pour en assurer l'exaetitude, ils font exécuter ce travail sur place et contradictoirement par des représentants des établissements et par leurs délégués propres. Ces états précisent les obligations des hôpitaux et facilitent les opérations de rattachement, tout en permettant de juger des agrandissements ou créations à proposer. Ils doivent être faits en double exemplaire (circulaire 1896), l'un destiné aux archives de l'hôpital, l'autre aux archives de la Préfecture.

Nous avons vu que l'hôpital peut se faire rembourser des dépenses occasionnées par les hospitalisés autres que ceux de la commune où il est situé. Il faut donc préciser la quotité du prix de journée.

Il est réglé par arrêté du préfet sur la proposition des commissions administratives des établissements hospitaliers et après avis du conseil général, sans qu'il puisse être inférieur à la moyenne du prix de revient constaté pendant les cinq dernières années. L'avis du conseil général n'est pas obligatoire. En effet, le Sénat, en seconde lecture, revint au texte de l'article 24 adopté par la Chambre, ce qui valait renonciation à l'amendement Merlet de Carné, voté en première lecture : « le prix de journée est arrêté sur la proposition des commissions administratives, conformément à la décision du conseil général ». Cet amendement avait soulevé les protestations des commissions hospitalières de Lyon, Bordeaux, le Havre, Ver-

sailles, Montpellier, Aix, etc., et le Sénat prit ce mouvement en considération. On ne pouvait admettre que le conseil général, partie intéressée, ait un pouvoir de décision propre. Il fallait suivre les principes posés par la législation en vigueur, qui donnait cette autorité au Préfet pour les aliénés et les enfants assistés hospitalisés. Le Préfet a toute latitude, mais il est contraint d'observer une limitation légale, qui est la moyenne du prix de revient constaté pendant les cinq dernières années. Par suite, le prix de journée doit être établi séparément pour chaque hôpital. Pour le déterminer, il faut connaître les dépenses de l'hôpital relatives à la gestion des biens, aux services annexes, aux secours à domicile, aux grosses réparations et travaux d'amélioration pendant les cinq années envisagées. On les totalise et on retranche ce total des dépenses ordinaires effectuées par l'établissement. La différence divisée par le nombre de journées d'hospitalisés, fourni pendant la même période, donne la moyenne du prix de revient. Sur cette base, le Préfet, saisi des propositions des commissions hospitalières et de l'avis du conseil général, fixe le prix de journée par un arrêté susceptible d'un recours contentieux devant le Conseil d'Etat.

Si l'hôpital a moins de cinq ans d'existence, le Préfet prend pour base les moyennes qui ont pu déjà être constatées. Si c'est un hôpital nouvellement créé, il faut prendre en considération les chiffres fournis par les hôpitaux voisins placés dans les mêmes conditions. Les moyennes de prix

de revient ressortent à 1 fr. 55, les prix demandés par les commissions administratives à 1 fr. 62, les prix proposés par les conseils généraux à 1 fr. 51, les prix fixés par les préfets à 1 fr. 51. Les commissions hospitalières ont accepté cette tarification, car elles ne se sont pas refusées à reconnaître qu'à l'augmentation du nombre des hospitalisés, coïnciderait une diminution notable des frais de traitement. Seuls, les hôpitaux de Cahors et d'Angers réclamèrent. Satisfaction leur fut donnée, car les moyennes de prix de revient avaient été établies sur des bases défectueuses. Il est à désirer que le prix de journée établi ait quelque fixité, aussi la revision n'a-t-elle lieu que tous les cinq ans.

Dans les services départementaux, le nombre des hospitalisés n'a cessé de s'accroître ; il était de 12.995 en 1895, de 24.053 en 1899, de 28.042 en 1902. En 1895, on comptait 37 admis à l'hôpital sur 1.000 secourus ; en 1902, le chiffre s'est élevé à 48. Malgré cette augmentation, les soins ont été accordés. En 1895, il existait 93.171 lits de malades civils, dont 54.460 lits pour malades ordinaires et 38.811 pour malades spéciaux, c'est-à-dire un lit pour 705 habitants. Dès 1903, ces ressources ont très sensiblement progressé : 108.395 lits pour malades civils, dont 65.022 pour malades ordinaires et 43.373 pour malades spéciaux, c'est-à-dire 1 lit pour 592 habitants. Il est donc permis d'espérer qu'à l'heure actuelle, l'assistance hospitalière doit être assurée partout.

D'une façon générale, les sociétés de secours mutuels n'accordent pas les secours hospitaliers à leurs membres. Certaines, cependant, prévoient une indemnité quotidienne plus forte, au cas d'hospitalisation.

En revanche, elles assurent des avantages beaucoup plus étendus que ceux de la loi de 1893.

En dehors des frais médicaux et pharmaceutiques ou des indemnités représentatives, elles accordent des indemnités de chômage ; des allocations annuelles renouvelables pour les infirmes, incurables ; des secours en cas de décès à la veuve, aux orphelins, aux ascendants du membre décédé ; des frais de funérailles ; des secours exceptionnels et des pensions de retraite suivant l'âge et la durée de l'affiliation.

Dans les services départementaux, le nombre des assistés à domicile a suivi la même marche ascendante que celui des hospitalisés.

De 346.879 en 1895, il est passé à 498.033 en 1899 et à 554.222 en 1902.

Mais comme l'augmentation de la population desservie n'est que de 29,36 0/0 et que celle du nombre des assistés à domicile est de 59,74 0/0, il est à présumer que les abus signalés dans le chapitre III ont dû se manifester très régulièrement jusqu'en 1902.

Par suite, le total des assistés, en vertu de la loi de 1893, par les services départementaux a presque doublé : il était de 359.874 en 1895 et de 582.264 en 1902. Si nous ajoutons les assistés par

les organisations autonomes, nous obtenons les chiffres suivants : 614.871 assistés en France en 1895, 860.151 en 1902.

S'il faut se féliciter de voir le nouveau service prendre tous les jours une extension nouvelle, à la fois dans les services départementaux et dans les organisations autonomes, et englober en 1902 près de 9 millions d'habitants de plus qu'en 1895, il ne faut pas oublier que les finances des communes des départements et de l'Etat en subiront la répercussion.

Nous allons étudier précisément les conséquences fâcheuses qui en ont résulté.

CHAPITRE VI

DÉPENSES DE L'ASSISTANCE

Les dépenses de l'assistance aux malades (1) se divisent en dépenses ordinaires et dépenses extraordinaires (2).

Les dépenses ordinaires comprennent :

- 1° Les honoraires des médecins, chirurgiens et sages-femmes du service ;
- 2° Le coût des médicaments et appareils ;
- 3° Les frais de séjour dans les hôpitaux.

Le tarif et la quotité des deux premières catégories, est fixé comme nous le verrons dans le chapitre suivant, par le Conseil général. Nous savons dans quelles conditions le préfet arrête le prix de journée dans les hôpitaux. Les frais de transport

(1) Tous les chiffres donnés au cours de ce chapitre se rapportent seulement aux services départementaux.

(2) Les dépenses des sociétés de secours mutuels sont normales ou se rapportent aux frais médicaux et pharmaceutiques ou aux allocations annuelles et aux secours exceptionnels.

du malade à l'hôpital sont à la charge de la collectivité du domicile de secours. Pour le retour, il ne s'agit plus d'une dépense d'assistance, puisque l'intéressé n'est plus malade. A cet effet, il faut observer les règles édictées pour le transport des indigents, notamment par les circulaires du 19 septembre 1890 et du 28 janvier 1891. Les frais d'inhumation des hospitalisés sont à la charge de la commune du lieu du décès. Il en est de même pour les malades à domicile, sauf recours contre les héritiers.

Toutes ces dépenses sont obligatoires pour les communes, les départements et l'Etat. La répartition, en ce qui concerne les communes et les départements, appartient au Conseil général, sur les propositions du préfet. Une fois la part du département déterminée, on peut calculer la subvention que l'Etat sera tenu d'accorder. Les articles 27, 28 et 29 indiquent les règles à suivre en la matière.

Les dépenses de l'assistance à domicile, c'est-à-dire les honoraires des médecins, chirurgiens, sages-femmes, les frais des médicaments et des appareils augmentent annuellement. En 1895, elles étaient de 3.422.821 fr. 60, en 1899 de 6.011.689 fr. 13, et en 1902 de 7.030.049 fr. 21.

Certes, la population desservie, de 20.473.117 habitants en 1895, a atteint le chiffre de 27.185.466. Le nombre des assistés, nous l'avons vu, est passé de 346.879 à 554.222. Mais il est anormal que ces dépenses se soient accrues de 105.38 pour 100,

quand le nombre des assistés s'est élevé de 59,74 pour 100 et la population de 29,36 pour 100.

Le développement de la dépense par assisté, qui, de 9 fr. 86 en 1895, passe à 12 fr. 68 en 1902, est dû en partie à l'accroissement des honoraires médicaux, qui augmentent de 4,93 pour 100, et presque exclusivement à la progression constante des frais pharmaceutiques, qui, de 1900 à 1902, s'élèvent de 8,69 pour 100. Les honoraires des sages-femmes ressortent à 0 fr. 45 par assisté en 1896 et à 0 fr. 465 en 1902.

De sorte que, dans l'augmentation de 458.623 fr. 25, de 1900 à 1902, la part des médecins est de 33 pour 100, soit 151.389 fr. 75 ; celle des sages-femmes de 3.98 pour 100, soit 18.246 fr. 07 ; celle des pharmaciens, de 63,02 pour 100, soit 288.287 fr. 43. En 1896, les frais pharmaceutiques égalaient, à un dixième près, les frais médicaux ; en 1899, ils les dépassaient de 142.076 fr. 14 ; en 1900, de 316.755 fr. 79 ; en 1902, de 454.353 fr. 47. Seuls, de 1895 à 1902, ils augmentent de 137 pour 100.

Il y a donc des abus. Ils résultent du gaspillage des médicaments et aussi des ordonnances coûteuses prescrivant des remèdes compliqués ou d'un prix élevé.

Le préfet du Cantal signalait au ministre de l'Intérieur qu'il avait été délivré des produits pharmaceutiques non inscrits au tarif et qu'un grand nombre d'ordonnances s'élevaient au taux de 20 francs. Les pharmaciens n'avaient pas hésité à distribuer de la théobromine, du glycérophospha-

te de chaux granulé, produits luxueux. Aussi, des malades ont-ils pu dépenser 770 francs en six mois, 300 francs en cinq mois, 200 francs en un mois. Un assisté atteint de tuberculose générale, avec carie du fémur et du tibia, bénéficia de treize kilogrammes de kola granulé, à raison de 20 francs le kilo, de 169 mètres de gaze iodoformée à 3 fr. 50 le mètre et de 13 kilogrammes de coton hydrophile à 6 francs le kilo. Après enquête, il fut établi que le kola avait été remplacé par du vin de quinquina, bu par toute la famille. Un autre assisté toucha douze bouteilles de champagne en vingt jours, et l'ordonnance portait de la peptone sèche. Des médicaments sont même délivrés sans ordonnance et la situation est régularisée en fin de semestre par la transcription des fournitures sur les bulletins de consultation à la disposition des médecins qui, à leur tour, signent les ordonnances ainsi remplies (30 novembre 1904).

Le préfet de l'Hérault, dans son rapport de 1908, porte à la connaissance du Conseil général une ordonnance prescrivant 20 grammes d'antipyrine, à un franc les cinq grammes, remplacés, chez le pharmacien, par du quinquina.

Les exigences des assistés, le zèle de certains médecins, ont considérablement accru le nombre des visites. Les billets de maladie, qui doivent être régulièrement retirés dès que le médecin traitant juge que son intervention n'est plus nécessaire, sont restés, le plus souvent à titre permanent, entre les mains des indigents, d'où des appels du doc-

teur beaucoup trop fréquents (Charente, 1900). Dans l'Eure, on a pu voir un médecin réclamer, pour un mois, un nombre de visites double de celui de son collègue opérant au même moment et dans la même région. Dans le Cher, la moyenne des ordonnances est de 12 à 15 francs, quelques-unes s'élevant à 35, 37, 62 francs. Certains maires n'ont pas hésité à délivrer des bons de médicaments, ce qui est très irrégulier, le médecin ayant seul le droit de prescrire ce qui est nécessaire à la guérison de l'assisté.

Tous ces abus sont regrettables. Il ne faut pas priver de soins un malade sous prétexte qu'il est pauvre, mais il faut se garder de se prêter à toutes ses fantaisies, de le visiter trop souvent et de lui ordonner des remèdes qu'on hésiterait à recommander à des malades payants, vu leur prix onéreux. Les médecins doivent s'en tenir aux tarifs et choisir le produit le moins cher, s'il doit avoir les mêmes effets qu'un autre plus coûteux.

Il est urgent de remplacer les billets de maladie, là où ils existent, par des billets de consultation ou des bons de visite, valables pour une seule séance et donnant droit à une ordonnance. On doit interdire aux pharmaciens de modifier les ordonnances et de les recopier, tout en leur permettant de refuser des quantités trop considérables, si un maximum a été fixé.

Il faut souhaiter que les cas signalés soient isolés. Les praticiens du service doivent continuer à réprouver ces dilapidations désastreuses. Il est

néanmoins indispensable que les administrations locales et préfectorales interviennent pour prévenir et réprimer ces abus. Les commissions de vérifications près les préfetures, l'inspection départementale de l'assistance publique et les organes de contrôle institués dans les départements, doivent apporter toute leur attention à la nomenclature des mémoires et au fonctionnement du service. On ne doit pas hésiter à opérer des réductions sur les frais médicaux ou pharmaceutiques, car la portée de la loi est vraisemblablement amplifiée au profit de certaines personnes, qui jouissent sans doute d'une assistance efficace, mais parfois abusive, au détriment de leurs frères de misère.

Les réductions sont faites, soit par le préfet, sur l'avis des commissions de vérification, soit par l'inspecteur directeur du service (Loiret), soit par l'inspecteur départemental (Lozère). Dans la Somme, les mémoires des pharmaciens sont réduits, s'il y a lieu, par un pharmacien commis à cet effet. Ce travail paraît se faire de plus en plus sérieusement. Il aboutit à une économie annuelle d'environ 100.000 francs depuis 1897. Dans certains départements, il a eu pour résultat plus de régularité dans le service. (Hérault, réductions : 1896, 36.348. fr. 19 ; 1902, 2.059 fr. 63). Ces excédents provenaient de majorations des opérations chirurgicales ou d'indemnités de déplacement abusives, certains médecins comptant plusieurs visites et plusieurs indemnités kilométriques, alors

qu'ils se rendaient normalement une fois par semaine dans telle ou telle localité.

Ailleurs, les commissions de vérification, prenant conscience de leur tâche ou des abus se renouvelant, les réductions progressent (Maine-et-Loire, 1896, 688 fr. 36 ; 1902, 1900 fr. Aude, 1895, 2.877 fr. 20 ; 1899, 3.216 fr. 62 ; 1902, 7.414 fr. 44). Le nombre des départements où elles sont opérées, tend à s'accroître : 1897, 55 ; 1900, 62 ; 1902, 65. A l'heure actuelle, les commissions de vérification fonctionnent partout. Généralement, les bureaux des préfectures sont chargés de préparer la besogne.

Les préfets doivent s'efforcer de pénétrer dans le détail des dépenses, pour faire ressortir le coût moyen de l'assistance à domicile à un taux raisonnable. En 1900, il était de 12 fr. 99 par assisté. Mais, dans certains départements, il s'était élevé à 31 fr. 74 (Manche) ; dans d'autres, il n'était que de 4 fr. 86 (Hautes-Pyrénées). Dans ce dernier département, il a même varié, d'une année à l'autre : 1897, 57 fr. ; 1900, 4 fr. 86 ; 1902, 7 fr. 30. Dans une vingtaine de départements, il est de plus de 20 francs ; dans d'autres il est de moins de 10 francs (Ardèche, Tain). Dans l'Isère, il fut de 3 fr. 77 en 1897 et se releva insensiblement, pour atteindre 6 fr. 87 en 1902. Dans ce cas, il est difficile d'admettre que les soins accordés aient été suffisants. Il est absolument indispensable de s'assurer que les malheureux reçoivent les secours nécessités par leur état.

De même que pour les dépenses de l'assistance à domicile, nous constatons une augmentation pour les dépenses d'hospitalisation. Les frais de transport, qui n'étaient que de 3.900 fr. 50 en 1895, se sont élevés jusqu'à 17.336 fr. 35 en 1902. Par conséquent, les envois à l'hôpital ont été de plus en plus fréquents. Nous avons vu combien on pourrait arriver à les restreindre en créant à peu près partout des dispensaires et en décidant que l'hospitalisation ne pourrait être ordonnée que par le médecin de ces établissements, avec contrôle effectif du maire et de tout le bureau d'assistance.

Si les frais de séjour et, par suite, l'ensemble des dépenses hospitalières, se sont accrues de plus d'un million de francs, c'est que la durée du séjour a été de plus en plus prolongée. Ces abus étaient dus à la présence, parmi les hospitalisés, d'infirmes ou d'incurables, qu'on admettait très aisément au bénéfice de l'assistance.

En l'absence d'une loi d'assistance obligatoire en faveur des incurables, les communes avaient été tentées de les assimiler aux malades proprement dits, pour obtenir les subventions du département et de l'Etat. Les communes et les départements qui avaient hospitalisé très régulièrement des malades devenus incurables en cours de traitement, avaient préféré commettre un acte irrégulier en prolongeant indûment le séjour à l'hôpital, plutôt que de commettre un acte inhumain en les chassant de l'établissement. Cette situation déplora-

ble a dû prendre fin dès 1907, date d'application de la loi d'assistance aux vieillards.

En 1902, la moyenne du séjour était de 56 jours 40. Dans certains départements, elle était de plus de cent jours (Hautes-Alpes, Lot, Creuse). Dans d'autres, et c'était la généralité, elle dépassait 50 jours (Gard, Vaucluse, Hérault, Tarn, Aude). Il y a exagération dès que la moyenne est au-dessus de 30 jours. Aussi, vit-on le coût moyen du traitement hospitalier s'élever à 88 fr. 55, et le prix moyen de la journée ressortir à 1 fr. 57, alors que la plupart des préfets l'avaient fixé à 1 fr. 51. Ainsi ont été dépassées les prévisions faites au moment de l'étude de la loi. On avait pensé que le traitement hospitalier nécessiterait en moyenne une présence de vingt-cinq jours à l'hôpital, une dépense de 37 fr. 50 par assisté, suivant un prix moyen de 1 fr. 50 par jour.

Les autres frais divers d'assistance ont plus que doublé. Ils étaient de 207.170 fr. 14 en 1895 et de 529.166 fr. 85 en 1902. Il ne faut pas trop critiquer leur accroissement, car ils se rapportent surtout à l'assistance à domicile, et nous avons vu combien il est désirable qu'elle soit de plus en plus développée.

Ils comprennent des frais d'administration, de dispensaires, de gardes-malades, de secours en nature, en argent, de subventions aux maternités, qui sont autant de bienfaits pour les malheureux atteints par la maladie.

L'application de la loi de 1893 s'est dévelop-

pée d'année en année, et en 1902, 34.161 communes sur 36.115 étaient rattachées au service départemental ; 27.185.466 habitants sur 35.292.015 pouvaient bénéficier des secours et 342.594 malades étaient secourus. Seulement, il ne faut pas oublier que les secours coûtent très cher, et que si l'on ne doit pas les ménager à ceux qui en ont besoin, il convient de les distribuer dans de sages mesures. Par habitant, il a été dépensé, en 1900, 0 fr. 335 ; en 1901, 0 fr. 357 ; en 1902, 0 fr. 378. C'est une exagération manifeste de porter cette moyenne à plus de 0 fr. 40, comme on l'a fait dans l'Eure, le Lot, le Nord, la Somme, l'Aude, la Corse, l'Hérault (1902, 0 fr. 54). Mais si elle n'atteint pas 0 fr. 10 (Pyrénées-Orientales, 1902, 0 fr. 07), c'est insuffisant, et on peut en conclure que les soins nécessaires n'ont pas été accordés. L'augmentation de cette moyenne indique à peu près exactement les charges nouvelles supportées par les contribuables. Les dons volontaires étant plutôt rares, les excédents de dépenses doivent être intégralement couverts par la contribution des communes, des départements et de l'Etat.

Nous étudierons plus loin comment cette contribution se répartit entre ces trois collectivités.

Les dépenses extraordinaires ont trait à l'agrandissement et aux constructions d'hôpitaux. Il faut remarquer que plus les conseils généraux se préoccuperont d'utiliser toutes les ressources existantes et d'organiser convenablement les circonscriptions hospitalières, plus ces dépenses seront rédui-

tes. Et c'est nécessaire, puisqu'on évalue à 4.000 francs le coût d'un lit nouveau dans un hôpital dont on veut faire un grand hôpital, à 3.000 francs le coût d'un lit nouveau dans un hôpital créé, et à 2.000 francs le coût d'un lit dans un établissement qu'on maintient dans la classe qu'il occupait jusque-là. Ici les communes et le département sont seuls obligés de contribuer aux dépenses. L'Etat n'intervient que facultativement, à titre de complément, en proportion des sacrifices faits par les administrations locales et de leur richesse relative. Chaque année, une somme est inscrite au budget et fixe la part contributive de l'Etat. Elle est prélevée sur les fonds du pari mutuel consacrés aux œuvres d'assistance et ne peut être supérieure au tiers de ces fonds (art. 47, loi de finances, 16 avril 1895). La subvention est répartie par une commission siégeant au ministère de l'Intérieur. C'est l'inspection générale des services administratifs qui, depuis le 26 février 1902, instruit les demandes de subvention.

De 1900 à 1905, le montant des allocations pour agrandissements ou constructions d'hôpitaux, avec le nombre des établissements bénéficiaires, ont été :

1900 : 761.500 francs, 34 hôpitaux ; 1901 : 1.284.500 francs, 63 hôpitaux ; 1902 : 1.106.500 fr., 53 hôpitaux ; 1903 : 1.221.500 francs, 62 hôpitaux ; 1904 : 1.187.000 francs, 28 hôpitaux ; 1905 : 1.771.500 francs, 77 hôpitaux.

Il ne faut pas qu'il y ait pure libéralité de la part de l'Etat, mais application du principe de

solidarité qui domine toute la loi. Les communes et le département doivent d'abord s'imposer des sacrifices. A cette seule condition, l'Etat les aide. Aussi la demande de subvention doit-elle être accompagnée des pièces justifiant : 1° qu'il s'agit de travaux ayant pour but l'assistance des malades ; 2° que les communes et le département contribuent à la dépense.

De plus, il faut fournir l'état financier de l'établissement et des collectivités intéressées, prouver qu'on se propose d'agrandir ou de construire et que c'est nécessaire pour la bonne marche du service. Enfin, on doit joindre un plan d'ensemble des améliorations à apporter dans le département à ce point de vue.

Nous avons vu que les dépenses sont acquittées par la commune, le département et l'Etat. Il convient de préciser la part contributive de chacun.

La commune prend à sa charge les frais de traitement des malades qui ont chez elle leur domicile de secours et les dix premiers jours de ceux qui ont été provisoirement admis à bénéficier des secours. En outre, elle doit acquitter la plus grande partie des autres dépenses d'assistance qui, avons-nous dit, se réfèrent surtout aux secours à domicile.

Nous connaissons déjà les autres frais d'assistance.

Les dépenses nécessitées pour le traitement des malades ayant le domicile de secours communal, se sont rapidement accrues. De 7.973.158 fr. 03 en

1900, elles sont passées à 9.005.391 fr. 66 en 1902. Celles des dix premiers jours pour les assistés ayant le domicile de secours départemental ou sans domicile de secours, sont demeurées à peu près stationnaires, oscillant, les premières entre 15.000 francs (1900 : 14.546 fr. 29) et 16.000 francs (1902 : 16.057 fr. 81), les secondes entre 7.000 et 8.000 francs (1900 : 7.146 fr. 09 ; 1901 : 8.203 fr. 66 ; 1902 : 7.545 fr. 75).

Les dépenses communales pour 1902 ont donc été

529.166 fr. 85	Autres frais d'assistance.
9.005.391 fr. 66	Traitement des malades ayant le domicile de secours communal.
16 057 fr. 81	10 premiers jours de traitement des malades ayant le domicile de secours départemental.
7.545 fr. 75	Sans domicile de secours
9.558.162 fr. 07	

En 1895, elles ne s'étaient élevées qu'à 2.334.289 fr. 84.

Pour faire face à ces dépenses, la commune dispose de quatre catégories de ressources : les ressources spéciales de l'assistance, les ressources ordinaires de son budget, les centimes additionnels aux quatre contributions directes ou les taxes d'octroi, la subvention départementale (1).

(1) Les ressources des sociétés de secours mutuels sont corrélatives de leurs dépenses. Elles sont normales s'il s'agit des cotisations et des intérêts qu'elles peuvent pro-

Les ressources spéciales comprennent :

1° Les revenus des libéralités ayant pour but de secourir les malades pauvres et dont l'administration est dévolue au bureau d'assistance ;

2° Une part du produit de la taxe des pauvres sur les spectacles, et du tiers du prix des concessions funéraires. Ces recettes particulières sont réparties entre les différents établissements charitables de la commune par le préfet, suivant des bases variables.

Ainsi, le préfet du Lot attribue à chacun des établissements un tiers de ces recettes.

Le préfet de l'Indre, au contraire, fait une distinction : le service de l'assistance aux malades bénéficie de la totalité du produit de la taxe des pauvres sur les spectacles, et le tiers du prix des concessions dans les cimetières est ainsi distribué :

3/5 pour l'assistance aux malades ;

2/5 pour subventions aux bureaux de bienfaisance ou pour secours aux indigents dans les communes dépourvues de bureaux de bienfaisance.

3° La contribution du bureau de bienfaisance et des hospices.

Elle est déterminée par leurs commissions administratives, sous réserve de l'avis du Conseil municipal et de l'approbation préfectorale. Si ces

duire. Elles sont complémentaires s'il s'agit des droits d'admission, des sommes versées par les membres honoraires, des amendes, dons ou legs et des subventions de l'Etat, des départements ou des communes.

établissements ont reçu des fondations, dons ou legs, dont le revenu a été affecté par le fondateur à l'assistance des malades pauvres à domicile, ils sont tenus de contribuer aux dépenses, jusqu'à concurrence de ce revenu, quoiqu'ils conservent l'administration du capital. Mais il peut arriver que les fondations aient été faites en faveur de l'assistance à domicile en général, sans préciser, mais y compris l'assistance aux malades. C'est ce qui se présente fréquemment pour les dons ou legs faits sans condition aux bureaux de bienfaisance. Des instructions ministérielles engagent les préfets à s'entendre avec la commission administrative du bureau de bienfaisance et proposent, dans ce cas, de fixer la contribution à un cinquième de la fondation. L'article 30 ne parle pas des fondations affectées à l'hospitalisation. Elles demeureront à la disposition des bénéficiaires, mais allègeront d'autant les charges financières de la commune.

Ces différentes ressources, qui, en 1895, étaient de 1.133.881 fr. 06, n'ont guère augmenté ; en 1902, elles s'élevaient à 1.464.387 fr. 86.

Si les ressources spéciales ne sont pas suffisantes, la commune peut toucher aux ressources ordinaires de son budget. Cette faculté n'est limitée que par la nécessité de faire face aux autres dépenses obligatoires et comme, le plus souvent, elles absorbent la totalité des ressources ordinaires, celles-ci ne pourront donner lieu à un prélèvement au profit de l'assistance aux malades.

Dès lors, il faut recourir aux centimes addition-

nels aux quatre contributions directes ou aux taxes d'octroi. Aucun maximum de centimes additionnels n'a été fixé pour que la commune soit toujours financièrement intéressée à la limitation de la dépense.

Les surtaxes sur les alcools peuvent être établies, car l'alcoolisme est souvent la cause de la maladie et de l'indigence. Mais, pour sauvegarder les intérêts de l'Etat, elles ne peuvent être autorisées que par une loi, si elles dépassent les proportions déterminées par les lois spéciales concernant les droits du Trésor (art. 137, loi du 5 avril 1884).

Si la commune couvre la dépense par les ressources propres à l'assistance aux malades, elle en supporte intégralement les charges. Mais si, malgré ces apports successifs, il lui reste une partie de la dépense à payer, elle demande à l'impôt au moins 20 pour 100 de ce reliquat ou, au plus, 90 pour 100. Le reste, du 80 au 10 pour 100, est couvert par la subvention départementale.

Autrefois, pour bénéficier de la subvention, les communes étaient obligées de recourir à des centimes additionnels ou à des taxes d'octroi. Mais, depuis 1898 (circulaire, 23 juin), comme les départements, elles ont droit à la subvention pour les dépenses qui sont couvertes avec des ressources provenant de l'impôt sans distinction.

Le tableau A, qui suit l'article 27 de la loi, détermine la part que la commune ou le département prendront à leur charge. La commune est

présumée d'autant plus riche que la valeur de son centime est plus grande, et plus cette valeur est élevée, plus sa part dans le reliquat à solder est forte. Au contraire, la subvention du département est en raison inverse de la valeur du centime communal ; si la commune a à faire face à 1.000 fr. de dépenses au moyen de l'impôt et que la valeur de son centime soit de 30 francs, suivant le barème A, la part qui lui revient est de 25 pour 100, c'est-à-dire de 250 fr. ; celle du département est de 75 pour 100, c'est-à-dire de 750 francs.

Tableau A

VALEUR DU CENTIME COMMUNAL	PORTION de LA DÉPENSE A COUVRIR	
	par la COMMUNE	par le DÉPARTEMENT
Au-dessous de 20 francs	20 p. 100	80 p. 100
De 20,01 à 40 francs	25 —	75 —
De 40,01 à 60 francs	30 —	70 —
De 60,01 à 80 francs	35 —	65 —
De 80,01 à 100 francs	40 —	60 —
De 100,01 à 200 francs	50 —	50 —
De 200,01 à 300 francs	60 —	40 —
De 300,01 à 600 francs	70 —	30 —
De 600,01 à 900 francs	80 —	20 —
De 900,01 et au-dessus	90 —	10 —

Les dépenses qui sont à la charge du département sont :

1° Les frais de traitement des malades qui ont le domicile de secours départemental. C'est la sui-

te des dépenses engagées après les frais des dix premiers jours couverts par les communes. En 1895, ils étaient de 32.991 fr. 30 ; en 1900, de 115.971 fr. 09, et en 1902 de 132.892 fr. 32.

2° Les subventions aux communes.

Le concours financier du département a pour objet de rendre possible aux communes pauvres l'accomplissement de leur devoir d'assistance et de corriger dans une certaine mesure les inégalités de richesse qui existent entre elles. Nous venons de voir comment il intervient et comment il est réglé par le barème A. En 1895, il fut de 831.119 fr. 23 ; en 1900, de 3.405.152 fr. 97, et en 1902, de 3.950.164 fr. 95.

Dans certains départements, le Conseil général a même voté des subventions facultatives pour donner plus d'extension au service, en particulier pour développer les secours aux femmes enceintes. Il est regrettable qu'elles soient si rares et que leur importance diminue (1895 : 251.608 fr. 98 ; 1902 : 151.686 fr. 73).

3° Une certaine partie des dépenses accessoires.

Les départements supportent l'intégralité des frais d'imprimés (de matériel, d'impression), 76.782 fr. 98 en 1902, car le traitement des malades sans domicile de secours ne comporte pas de contrôle sur pièces, dans l'intérêt exclusif de l'Etat.

Mais il en est autrement pour les dépenses d'inspection ou de personnel sédentaire, en vue d'assurer le contrôle du service. L'Etat est ici intéressé

et sa subvention intervient, mais encore faut-il que plusieurs conditions soient remplies.

L'ensemble de ces dépenses spéciales ne doit pas dépasser un centime par habitant et doit se maintenir dans les limites d'un rapport raisonnable avec celui des dépenses du service (un pour 100 environ). En outre, les administrations préfectorales doivent avoir préalablement soumis à l'approbation ministérielle un projet d'arrêté réglant les attributions et les appointements des contrôleurs avec un rapport permettant d'apprécier l'utilité de ces frais.

Ces mesures ayant été observées par plusieurs départements, ils n'ont eu à faire face en 1902 qu'à la moitié à peu près des dépenses accessoires. Ils ont payé de ce chef 123.402 fr. 64. En 1905, cette dépense fut de 26.202 fr. 62. Si nous résumons les dépenses départementales nous arrivons aux chiffres de 1.256.080 fr. 34 pour 1895, et de 4.434.929 fr. 62 pour 1902. Comme la commune, le département dispose de plusieurs catégories de ressources.

1° Les ressources spéciales de l'assistance aux malades. Ce sont des donations faites dans ce but au département. Elles sont généralement peu nombreuses.

2° Les revenus ordinaires du département.

3° Les centimes additionnels aux quatre contributions directes. Nous avons vu que depuis 1898 il n'était plus nécessaire que le département y ait recours pour avoir droit à la subvention de l'Etat.

Il suffit que les dépenses, pour lesquelles elle est demandée aient été couvertes par des ressources provenant de l'impôt sans spécialisation.

4° La subvention de l'Etat.

Elle est déterminée par le tableau B, inséré à l'article 29, suivant la valeur du centime départemental par kilomètre carré.

Si le département doit payer 1.000 francs avec des ressources provenant de l'impôt et que son centime ait la valeur de 2 fr. 60, il prend à sa charge les 40 0/0 de la dépense, c'est-à-dire 400 francs, et la subvention de l'Etat est de 60 0/0, c'est-à-dire de 600 francs. Plus le département est riche, plus sa part est dans ce cas élevée, moins la subvention de l'Etat est forte ; et inversement, moins il est riche, moins il paie, plus la subvention de l'Etat est importante. Le département paie du 30 au 90 0/0 de la dépense à couvrir, l'Etat du 10 au 70 0/0. On applique ainsi les principes de solidarité nationale qui doivent inspirer toute réforme en matière d'assistance publique. Ainsi les départements les plus aisés viennent en aide aux plus pauvres.

Tableau

Tableau B

VALEUR DU CENTIME DÉPARTEMENTAL par kilomètre carré.	PART de la dépense à couvrir par le département.	PART de la dépense à couvrir par la subvention de l'Etat
Au-dessus de 2 francs	30 p. 100	70 p. 100
De 2,01 à 2 fr. 50.	35 —	65 —
De 2,51 à 3 »	40 —	60 —
De 3,01 à 3 50	45 —	55 —
De 3,51 à 4 »	50 —	50 —
De 4,01 à 4 75	55 —	45 —
De 4,76 à 6 »	60 —	40 —
De 6,01 à 9 »	70 —	30 —
De 9,01 à 15 »	80 —	20 —
Au-dessus de 15 francs.	90 —	10 —

Il y a quatre groupes de dépenses pour l'Etat :

1° Les frais de traitement des malades sans domicile de secours au-delà des dix premiers jours à la charge des communes. Nous avons vu à la fin du chapitre IV quelles recommandations étaient faites aux Préfets par le ministre de l'Intérieur dans la circulaire du 23 novembre 1894. Elles ne sont pas à dédaigner, car cette catégorie de dépenses, tout en se maintenant à un chiffre relativement peu important ne cesse de s'accroître (1895 16.571 fr. 94 ; 1900, 49.442 fr. 87 ; 1902, 59.881 fr. 94).

Le troisième bureau de la direction de l'assistance publique au ministère de l'Intérieur, chargé du contrôle sur pièces, et les inspecteurs généraux des services administratifs chargés du contrôle sur

place doivent s'entourer de renseignements au sujet de ces malades. Il faut se demander s'ils n'avaient pas à être gratuitement secourus en vertu de la loi de 1851, s'ils n'ont aucun domicile de secours, s'ils figurent sur la liste mensuelle et l'état récapitulatif communiqués par les préfets, si la durée du traitement n'a pas été exagérée, si la dette a été intégralement et sagement acquittée, si la commune enfin a fait tout son devoir. Les frais qu'ils occasionnent sont avancés par les départements et l'Etat doit les leur rembourser.

2° Une partie des frais d'administration et de contrôle relatifs à l'exécution de la loi. C'est le complément des dépenses déjà faites par les départements (31.781 fr. 53 en 1902), et le montant des allocations attribuées à ceux qui sont chargés du contrôle sur pièces ou sur place, sous la haute direction du ministre de l'Intérieur (1).

3° Les subventions aux départements.

Elles sont calculées par le troisième bureau de la direction de l'Assistance publique. On précise d'abord le pourcentage de la subvention à laquelle chaque département a droit suivant la valeur de son centime. On totalise les frais de traitement des malades ayant le domicile de secours départemental, la participation obligatoire du département aux dépenses communales et les frais accessoires d'origine départementale. On en déduit la portion

(1) Le montant de ces allocations nous est inconnu.

de dépenses couverte avec des ressources ne provenant pas de l'impôt et sur la différence on applique le barème B. On obtient ainsi la subvention obligatoire de l'Etat.

Ici encore il faut prendre certaines précautions. Il convient de s'assurer que les dépenses, pour lesquelles la subvention est demandée, ont été effectuées en vertu de la loi de 1893, qu'elles ont été payées avec des ressources provenant de l'impôt, que les frais nécessités par les malades sans domicile de secours et déjà remboursés ne figurent pas parmi ces dépenses ; qu'enfin le département a effectivement acquitté sa part autant de fois qu'il la réclame à l'Etat.

En 1895, la subvention de l'Etat fut de 291.488 francs 53 centimes, et depuis elle n'a cessé d'augmenter (1900, 1.338.624 fr. 75 ; 1902, 1.553.669 fr. 59).

4° S'ils existent, les reliquats de dépenses engagées par un exercice, mais acquittés sur l'exercice suivant. C'est ainsi qu'en 1896 furent payés de ce chef 22.040 fr. 32 ; en 1900, 415 fr. 57 ; en 1902, 117 fr. 25.

Done, au total, en 1895, l'Etat a payé 481.027 francs 03 centimes ; en 1896, 613.718 fr. 87 ; en 1900, 1.388.483 fr. 19, et en 1902, 1.645.450 fr. 31.

Si nous nous reportons au chiffre prévu lors du vote de la loi, nous nous rendons compte que déjà en 1902, il était dépassé. Et encore faut-il ajouter que nous n'avons pu tenir compte des dépenses nécessitées par le contrôle sur pièces au ministère

de l'Intérieur et par le contrôle sur place effectué dans les départements par les inspecteurs généraux des services administratifs.

La moyenne de la contribution des communes dans les dépenses de l'assistance aux malades diminue sensiblement. En 1895, elle était de 56 0/0, en 1899 de 56,1 0/0, en 1901 de 54,6 0/0, et en 1902 de 54,1 0/0.

Celle des départements et de l'Etat, au contraire, augmente. Pour les départements : 1895, 26 0/0 ; 1899, 27,3 0/0 ; 1901, 28,3 0/0 ; 1902, 28,6 0/0.

Pour l'Etat : 1895, 14 0/0 ; 1899, 16,6 0/0 ; 1901, 17,1 0/0 ; 1902, 17,3 0/0.

Ce sont les communes qui bénéficient de ce déplacement de charges. Les contributions obligatoires se rapprochent de plus en plus des proportions prévues lors de l'étude de la loi : 50 0/0 pour les communes, 33 0/0 pour les départements, 17 0/0 pour l'Etat. Les chiffres de la période 1900 à 1902 nous permettent d'arriver à 54,8 0/0 pour les communes, 28,2 0/0 pour les départements, 17 0/0 pour l'Etat.

Tout au contraire de la loi de 1893, celle de 1905 transporte des communes et des départements, à l'Etat seul, la plus forte partie des dépenses.

Les nouveaux barèmes de cette loi, au lieu d'être basés sur la valeur du centime brut, sont établis sur la valeur du centime démographique, c'est-à-dire rapporté à la population de la commune et du département. Il s'obtient en divisant le produit du centime communal par la population municipi-

pale. La commune contribue à l'excédent de dépenses couvertes par les ressources provenant de l'impôt dans la proportion du 10 au 80 0/0 et l'Etat du 30 au 90 0/0. Suivant le surnombre des assistés dépassant la moyenne de 10 pour 1.000 habitants, le département paie du 5 au 50 0/0, et l'Etat lui vient en aide dans la proportion du 50 au 95 0/0. Dans ce cas, la valeur du centime départemental est rapportée aussi à la population, mais calculée par 100 habitants et non par unité d'habitant, comme dans le barème C, qui fixe la contribution de l'Etat aux dépenses communales. Le concours de l'Etat étant si développé il ne faut pas s'étonner de voir sa part dans les dépenses d'assistance aux vieillards, infirmes et incurables grossir d'année en année. Mais la contribution de l'Etat étant évaluée pour 1910 à 46 millions, il y a lieu de s'en émouvoir et de penser que la commission centrale fera preuve d'une vigilance aussi sérieuse que juste pour éviter les abus. (Rapport Arago sur le budget de l'Intérieur pour 1910.)

Les dépenses de l'assistance aux malades sont ordonnancées par les préfets et payées par la caisse des trésoriers-payeurs généraux ou de leurs subordonnés.

D'une façon générale, les recettes s'effectuent sur des états dressés par le maire, président du bureau d'assistance. Ils sont exécutoires après qu'ils ont été visés par le préfet ou le sous-préfet. S'il s'agit de recouvrements auxquels donnent lieu des avances faites pour le compte des particuliers

ou de sociétés, on opère comme en matière de contributions directes, c'est-à-dire au moyen de rôles nominatifs. C'est une complication de plus que l'article 31 a apportée à la législation actuelle sur les recouvrements des dépenses afférentes aux services des enfants assistés, des aliénés internés, des malades hospitalisés. |

Pour les enfants assistés, le trésorier-payeur général instrumente sur le vu d'états dressés par le préfet. Pour les aliénés, c'est l'enregistrement. Pour les malades hospitalisés c'était le comptable de l'établissement sur l'état du maire rendu exécutoire par le sous-préfet. Ces subtilités de procédure sont aussi regrettables en théorie qu'en pratique. Elles viennent obscurcir en les compliquant les notions du droit administratif. Elles rendent plus difficiles la tâche des administrateurs, des agents subalternes et des comptables en les exposant à commettre dans la rédaction des titres de recettes certaines erreurs qui peuvent entraîner la nullité des poursuites et faire tomber les créances en non valeur.

CHAPITRE VII

VARIÉTÉS DES ORGANISATIONS DÉPARTEMENTALES

Le service de l'assistance aux malades est placé dans les départements sous l'autorité du préfet. Agent d'exécution des décisions du conseil général, qui représente le département, le préfet est, en même temps, le représentant de l'Etat et le défenseur qualifié des intérêts des communes. Il peut se faire aider dans cette tâche par l'inspecteur départemental de l'assistance publique. Il en est ainsi dans la plupart des départements. Ce fonctionnaire visite les localités pour contrôler sur place le fonctionnement du service et adresse au préfet des rapports suivis de ses observations et de son avis. Mais c'est le préfet qui prend les mesures utiles, statue définitivement et recourt au ministre de l'Intérieur quand c'est nécessaire.

Dans l'Oise, les collaborateurs du préfet sont nombreux et forment sous sa présidence ou celle du secrétaire général délégué, le Comité départemental d'assistance. Il se compose de quatre conseillers généraux, de trois docteurs en médecine, de deux pharmaciens du service, élus par leurs collè-

gues ; de quatre personnes notables, prises de préférence par le Préfet parmi les membres des commissions administratives d'hôpitaux ou de bureaux de bienfaisance ; de l'inspecteur de l'Assistance publique. Son secrétaire, qui a voix consultative, est le chef de la deuxième division de la préfecture. Ce comité, élu ou nommé pour trois ans, reçoit communication du fonctionnement du service, donne son avis toutes les fois que le préfet le demande et signale à l'administration les améliorations qui lui paraissent désirables. Le conseil général est mis au courant de ses travaux. Spécialement, l'inspecteur de l'assistance publique est chargé de surveiller l'établissement des listes et la manière dont les secours sont distribués à domicile. Il adresse au préfet des rapports spéciaux et un rapport annuel d'ensemble qui est soumis au conseil général. Il est secondé par des sous-inspecteurs qui n'agissent que d'après ses ordres et sous sa responsabilité. Ses fonctions sont beaucoup plus étendues dans le Tarn et dans le Lot, où, en outre, il inspecte les hôpitaux, les asiles d'aliénés, les bureaux de bienfaisance et contrôle le placement des vieillards à domicile.

Dans le Lot-et-Garonne et dans l'Aude, un contrôleur spécial est nommé par le préfet. En plus du contrôle sur place, il est chargé de la vérification des comptes des praticiens du service. C'est une institution excellente que tous les départements devraient adopter, mais il serait nécessaire d'avoir un contrôleur par arrondissement par exemple.

Le travail divisé entre eux serait plus minutieux et partant plus utile. Ce service pourrait être dirigé par l'inspecteur de l'assistance publique.

De même que l'Oise, les départements du Tarn, de l'Aude, de l'Aveyron, de l'Hérault, du Gard, du Lot-et-Garonne, ont un comité de contrôle à peu près identiquement composé. Leurs membres, renseignés par le préfet, par le contrôleur spécial ou par l'inspecteur de l'assistance publique, et après un travail de vérification des dépenses, donnent leur avis et proposent les modifications au service qu'ils jugent nécessaires. Ils peuvent être appelés par le préfet, comme dans l'Aveyron, à se prononcer sur les mesures disciplinaires à infliger aux praticiens coupables de fautes graves. La suspension temporaire ou définitive est prononcée par le préfet. Plus le contrôle sera sérieux et sévère, moins les abus seront fréquents. Un honorable docteur nous disait dernièrement que le paiement tardif des honoraires, les observations réitérées, les reproches, les menaces de révocation, étaient si redoutées du corps médical qu'ils avaient pour conséquence une réduction considérable des notes. Un exemple frappant nous fut même signalé et nous n'hésitons pas à penser que si les comités de contrôle n'étaient pas parfois indulgents pour de légères exagérations, celles-ci seraient beaucoup plus rares.

Tandis que la direction du contrôle appartient au préfet, l'organisation même du service est confiée au conseil général, qui jouit d'une très grande

latitude à cet égard. « Le législateur s'est gardé de contrarier les coutumes locales ; il a entendu ouvrir un champ libre à l'initiative des assemblées départementales. » (Circulaire, 18 mai 1894.) A cet effet, il prend une délibération dans les conditions de l'article 48 de la loi du 10 août 1871. Le gouvernement a le droit de la suspendre par un décret motivé, soit pour violation des lois ou règlements, soit pour des motifs de fond, d'inopportunité ou parce qu'il la juge nuisible aux intérêts du département. Le décret de suspension doit intervenir dans un délai de trois mois à partir de la clôture de la session du conseil général. Le préfet doit donc se hâter de faire parvenir ses propositions à l'administration centrale s'il estime que l'organisation est incomplète, insuffisante ou illégale. Il répugne à l'administration d'intervenir, car la suspension prive le département de tout service d'assistance aux malades. Dans ce cas, comme dans l'hypothèse où le conseil général se refuse à délibérer, le gouvernement assure les secours par un décret rendu en la forme des règlements d'administration publique, le Conseil d'Etat entendu. Le décret devra tenir compte des conditions de fait, des habitudes et des convenances locales, des intérêts du département. Il doit élaborer une réglementation rationnelle. Dans ce but, le préfet doit fournir au ministre de l'Intérieur toutes les indications propres à faciliter sa tâche.

Le règlement est toujours révisable par des délibérations du conseil général. C'est nécessaire, car

l'application nouvelle des mesures édictées peut soulever des difficultés qu'il avait été impossible de prévoir. Le département tout entier n'est pas nécessairement soumis aux mêmes règles. La décision du conseil général ou le décret peuvent permettre à certaines catégories de communes ou à une partie du département d'avoir une réglementation spéciale. (Circulaire 18 mai 1894.)

Les règlements départementaux en vigueur procèdent plus ou moins de l'un ou l'autre des trois systèmes pratiqués avant 1893, et que nous avons déjà étudiés. Tous les trois sont critiquables. Celui de la médecine cantonale ou alsacien lèse à la fois l'indépendance du médecin et la liberté du malade. Le médecin devient un fonctionnaire désigné par le préfet, ce qui nuit à sa considération professionnelle, car il est soupçonné d'avoir été nommé par privilège ou grâce à quelque intrigue. Le malade se plaint d'avoir été contraint de s'adresser à un docteur qu'il n'a pas choisi et qui n'a pas sa confiance. Il est à prévoir que le traitement du médecin ne sera pas assez important pour qu'il puisse renoncer à sa clientèle payante et se dévouer complètement aux malades pauvres qui pourront manquer de soins en certains cas.

Le système des circonscriptions apporte quelques atténuations à ces inconvénients, car les limites de la circonscription correspondent autant que possible à celles de la clientèle habituelle du médecin, mais ils n'en subsistent pas moins. En outre, l'arbitraire et les deux catégories jalouses de mé-

decins officiels et non officiels ne sont plus à craindre puisqu'il suffit d'adhérer au règlement départemental pour être médecin du service. Le malade est partiellement satisfait : il a le choix de son docteur quoiqu'il soit limité à l'étendue de la circonscription qu'il habite. La correction n'est donc pas parfaite et, de plus, les malades pauvres sont exposés à être négligés si les médecins ne sont pas suffisamment rétribués.

Le système landais ou vosgien marque encore un autre progrès : la rétribution des praticiens est proportionnelle, théoriquement du moins, au service rendu. Seulement, si les fonds départementaux de l'assistance aux malades ne sont pas suffisants, les honoraires sont réduits proportionnellement pour que le budget départemental ne puisse, de ce chef, se trouver en déficit. On aboutit ainsi à fausser le mécanisme de la mutualité communale qui est à la base. Les municipalités contribuant aux dépenses à raison de tant par inscrit, réduisent la liste d'assistance et augmentent le nombre des admissions d'urgence. Les médecins majorent leurs mémoires pour atténuer la réduction, qui, devenant de plus en plus importante, les oblige à se retirer du service ou à négliger les assistés.

Les conseils généraux ont choisi entre ces trois systèmes ou bien ont adopté une combinaison nouvelle en utilisant à la fois une partie de l'organisation vosgienne et de l'organisation par circonscriptions, qui toutes deux ont fait l'objet des deux règlements types proposés par l'administration.

Il est trois principes qui, nous semble-t-il, devraient être toujours observés dans la réglementation du service de l'assistance aux malades :

- 1° Le libre choix du médecin par le malade.
- 2° Le libre accès aux fonctions de médecin de l'assistance.
- 3° Une rémunération équitable des soins prodigués.

Le médecin qui pourra le plus efficacement rendre service à un malade sera celui qui possèdera sa confiance. C'est celui-là que toute personne a le droit de choisir. Pourquoi l'indigent n'aurait-il pas la même faculté s'il est démontré que cette liberté ne gêne en rien la marche du service et n'en augmente pas injustement les dépenses ?

Le malade puise dans cette confiance une résistance morale plus forte qui réagit sur les phénomènes physiques : l'espérance double ses forces et ses efforts dans la lutte. La guérison est plus rapide au bénéfice des finances départementales. Si c'est à contre-cœur, au contraire, qu'il subit son médecin, il n'observe pas ou il observe incomplètement ses prescriptions, il gaspille les médicaments ordonnés, il se laisse même aller au découragement, il n'espère pas guérir. Imposer un médecin à un malade, c'est violer un droit naturel, ce droit que nous avons tous de confier ce que nous avons de plus précieux, notre santé et notre vie, à celui que nous jugeons capable de la rétablir et de la sauvegarder.

Les syndicats médicaux, des conseils généraux,

des sections de la Ligue des droits de l'homme, réclament l'inscription dans la loi de la règle du libre choix. Dans le but de satisfaire ces désirs une proposition de loi a été déposée sur le bureau de la Chambre des députés le 13 mars 1908. Elle avait pour objet de modifier l'article 4 de la loi du 15 juillet 1893 et de lui donner la rédaction suivante :

« Le conseil général délibère dans les conditions prévues par l'article 48 de la loi du 10 août 1871 et en assurant au malade privé de ressources le libre choix de son médecin. »

Elle n'a pas encore reçu de solution, mais il faut espérer qu'elle sera reprise sous peu. C'est une disposition juste et démocratique qui s'impose.

Le libre accès aux fonctions de médecin de l'assistance est le corollaire de la liberté pour le malade. Le libre choix n'est complet que si le médecin qui en est l'objet peut répondre à l'appel du malade. Il ne peut y avoir qu'une seule raison d'exclure du service tel ou tel praticien, c'est l'indignité. Il ne faut plus semer parmi les médecins la discorde et la jalousie en consacrant fonctionnaires certains d'entre eux. Ils ont tous les mêmes charges, ils doivent donc tous être admis à participer aux avantages rétribués par les collectivités administratives. En créant des médecins officiels on les distingue de leurs collègues qui ont les mêmes titres : c'est une réclame indirecte.

L'assistance aux malades est un service public qui résulte d'une charge de solidarité sociale. Il

ne faut pas que les médecins la supportent deux fois, d'abord comme citoyens en acquittant l'impôt, ensuite comme praticiens en fournissant les soins nécessaires aux assistés sans une rémunération légitime.

Ce n'est pas seulement dans leur intérêt qu'une rémunération équitable doit être prévue, mais aussi dans l'intérêt des malades. Leur docteur veillera sur eux avec autant de dévouement que sur tout autre client ; ses soins seront aussi assidus, aussi minutieux. Quel reproche peut-on faire au médecin qui touche du service de l'assistance 600 francs par an et qui, visitant un assisté atteint d'un abcès à la gorge, le quitte en disant de l'aviser en cas de complication ? Aucun, et cependant, pendant son absence, l'abcès peut s'ouvrir et le malade étouffer. Ses clients le réclament à son cabinet, il faut qu'il subviennne aux besoins de sa famille. Si sa journée, passée au chevet du malade, devait lui être intégralement payée, il serait resté, il aurait suivi attentivement le cours de l'affection et au moment opportun, il aurait ouvert l'abcès pour prévenir l'étouffement.

Nous ne voulons pas dire par là que le médecin doit être payé suivant ses besoins et ceux de sa famille, ainsi que le proposait M. le préfet du Nord. Ce mode de rémunération, en effet, est sujet à trop d'inégalités, de causes d'erreur. D'ailleurs, il y aurait intérêt pour les départements où les médecins sont nommés par l'administration, à choisir ceux qui ont déjà une clientèle pour diminuer leurs ho-

noraires, ce qui serait à la fois préjudiciable aux assistés et aux jeunes docteurs. Le seul mode logique c'est celui qui est proportionnel à la somme de travail fournie. Le prix de la vie augmente, tous les salaires aussi, pourquoi les honoraires des médecins pour les soins aux malades pauvres restent-ils fixes ? On paie pour les pauvres ; la charge de leurs soins doit se répartir un peu sur nous tous et ne doit pas être uniquement supportée par quelques-uns d'entre nous, par les médecins.

Ces principes posés, voyons si les divers règlements départementaux les ont appliqués.

La majorité des conseils généraux se sont prononcés pour le libre choix (61) ; les autres (28) ont adopté le mode de nomination des médecins par le préfet. Nous avons compté deux fois les Bouches-du-Rhône et l'Eure-et-Loir, qui ont admis parallèlement les deux systèmes, et le Gers, où le libre choix n'est que théorique, les médecins étant très souvent imposés.

Nous donnons ces renseignements sous toutes réserves, n'ayant pu, à regret, être exactement documenté que pour les départements (67) dont le nom est souligné dans le tableau qui figure à la fin du présent chapitre. Pour les autres, nous avons utilisé le rapport présenté en 1905 à M. le ministre de l'Intérieur par M. Mirman, directeur de l'assistance et de l'hygiène publiques.

Nous devons faire remarquer que le règlement départemental du Nord sera probablement modi-

fié en avril 1910. (Lettre du préfet, 11 novembre 1909.)

En outre, nous avons volontairement omis le département de la Seine, car la loi du 15 juillet 1893 ne lui est pas applicable.

Les secours à domicile et les secours hospitaliers sont assurés dans le département de la Seine et à Paris, par l'administration générale de l'assistance publique. Il ne faut pas la confondre avec la direction de l'assistance au ministère de l'Intérieur. A la tête de l'administration générale de l'assistance est un directeur nommé par le ministre de l'Intérieur. Il a auprès de lui un conseil de surveillance.

A Paris, il existe un bureau de bienfaisance par arrondissement. Chaque bureau est administré par une commission composée du maire de l'arrondissement, président; des adjoints, membres de droit; des conseillers municipaux, de quatre administrateurs par quartier et d'un secrétaire trésorier. Chacun des bureaux de bienfaisance a un budget spécial, mais le receveur de l'administration générale centralise les recettes et pourvoit aux dépenses. Les hospices et hôpitaux sont placés, chacun, sous l'autorité d'un directeur, qui est aux ordres de l'administration générale.

Suivant les départements, le choix du malade ne peut porter que sur les médecins ayant adhéré au règlement départemental. (Ain, Ardèche, Aveyron, Gard, Tarn, Vosges), ou exerçant dans la cir

conscription où l'assisté est domicilié (Savoie, Aude).

Comme le choix doit être exclusif des fantaisies coûteuses, on impose le médecin le plus rapproché ou l'un des plus rapprochés (Creuse, Var).

Ailleurs, le choix est restreint aux médecins qui visitent habituellement les malades de la commune (Charente, Yonne). Tantôt il doit être fait au début de l'année (Charente-Inférieure, Oise), tantôt il est valable pour une année (Aude, Tarn) ; tantôt il est valable pour la durée de la même maladie (Côte-d'Or, Lozère). Parfois, il peut s'exercer dans tout le département et même dans les départements limitrophes (Haute-Marne, Haute-Vienne).

Les médecins sont nommés par le préfet directement (Hérault) ou sur l'avis conforme du conseil général (Ariège), ou de la commission départementale (Basses-Alpes), ou encore sur la présentation du bureau d'assistance (Aisne).

Le libre choix de la sage-femme pour les femmes en couches assistées est admis dans 65 départements (Hérault, Aude, Tarn, Aveyron, Gard, Lot-et-Garonne, Nord, etc.).

Les sages-femmes sont nommées par le préfet sur la proposition du médecin de la circonscription dans 21 départements (Basses-Alpes, Corrèze, Doubs).

Partout, sauf dans l'Aisne et la Corrèze, les pharmaciens sont choisis par les assistés.

Notre premier principe du libre choix des pra-

ticiens du service par le malade lui-même est donc généralement appliqué.

En est-il de même du libre accès ?

Les médecins sont imposés dans 24 départements. En outre, dans l'Allier et dans le Gers, par la délivrance des bons de visite ou de consultation le bureau d'assistance désigne le médecin à l'assisté quoique théoriquement le libre choix soit établi. Pour 20 communes des Bouches-du-Rhône le médecin est nommé par le préfet, de même pour une partie de l'Eure-et-Loir. Dans la Somme, une liste de médecins dressée par le préfet est soumise au libre choix de l'assisté. Dans le Lot-et-Garonne, pour être praticien de service, il faut faire partie du syndicat médical. Enfin, le libre accès est plus ou moins restreint dans les départements où le libre choix s'étend seulement, soit aux médecins de la circonscription, soit à ceux exerçant habituellement dans la commune, soit aux plus rapprochés ou au plus voisin.

On peut faire la même observation pour les sages-femmes. C'est seulement pour les pharmaciens qu'on peut affirmer que le libre accès est généralement admis. Les sages-femmes sont rétribuées à tant l'accouchement. Le taux varie entre 6 et 10 francs pour les accouchements simples. Pour les accouchements laborieux elles appellent un médecin, le taux est alors de 20 à 25 francs. Certains départements accordent même une indemnité kilométrique pour les déplacements en dehors de la résidence.

Les pharmaciens sont payés suivant un tarif qui varie d'un département à l'autre. Les tarifs départementaux ont pour base le tarif fixé par le Ministre du commerce par application de l'article 4 de la loi du 9 avril 1898, sur les accidents du travail. D'une manière générale, les médicaments dits de luxe, les vins de quinquina, de kola, les sirops sont exclus. Parfois, les quantités maxima qui peuvent être délivrées sont fixées. Dans l'Aisne et la Corrèze, ils sont payés à l'abonnement à raison de 1 franc par inscrit.

Un certain nombre d'appareils nécessaires au rétablissement des malades peuvent être délivrés au prix porté au tarif généralement inséré dans le tarif même des médicaments. Mais les appareils orthopédiques et prothétiques spéciaux ne peuvent être accordés qu'après des formalités particulières. La plupart du temps une décision du bureau d'assistance prise sur le vu du certificat médical est indispensable (Tarn, Gard, Aude, Aveyron, Nord). Le certificat médical doit toujours être fourni. Parfois il doit être motivé (Aude), visé par le préfet (Hérault). Le préfet doit, au préalable, approuver la décision du bureau d'assistance (Tarn, Aude). Quelquefois, l'autorisation du conseil municipal suffit (Aveyron).

Les opérations chirurgicales sont généralement faites à l'hôpital. Celles qui sont pratiquées à domicile sont rémunérées d'après un tarif spécial annexé au règlement départemental.

Les médecins sont payés à forfait dans huit dé-

partements (Hérault, Lot-et-Garonne) ; à l'abonnement dans 22 (Aisne, Aude, Oise, Tarn) ; à la visite dans 47 (Aveyron, Vosges) ; à la visite et à l'abonnement dans six (Gard, Eure-et-Loir) ; à la visite et suivant un forfait déterminé dans deux (Maine-et-Loire, Vaucluse). Nous n'avons compté le Nord dans aucune catégorie, car la plus grande diversité règne entre les communes ; le mode de rémunération des médecins y est adopté par les bureaux d'assistance après approbation préfectorale.

Le forfait est la rémunération fixe et invariable quel que soit le nombre de personnes à soigner. Théoriquement, il est d'une injustice flagrante puisqu'il n'est pas en rapport avec la somme de travail fournie. Pratiquement aussi, car, en général, il est peu élevé. Il est surtout en rapport avec les ressources des communes et il a pour lui l'attrait d'un traitement fixe payé à date déterminée. Mais il a l'inconvénient de rester immuable, même si le nombre des assistés s'accroît d'année en année. Par suite, le bureau d'assistance et le conseil municipal ne sont pas intéressés à réduire la liste qui s'allonge parfois sans mesure. C'est le cas pour certaines communes du Nord qui l'ont adopté. Le maire ne fait même pas dresser de liste d'assistance, il se contente d'envoyer les malades pauvres chez le médecin, au fur et à mesure qu'ils se présentent, ou bien il les inscrit d'urgence. Dans dix-sept communes de ce département, les honoraires médicaux ont varié en 1905 de 0 fr. 41 à 0 fr. 90

par assisté (Hazebrouck). Chaque cas nécessitant une moyenne de 2 à 3 visites, certains médecins les ont faites à 0 fr. 50, 0 fr. 40, et même 0 fr. 25 l'une. (Rapport du préfet au conseil général.) Ailleurs, soit parce que l'état sanitaire de la localité est excellent, soit parce que les habitants sont aisés, le forfait est trop élevé au détriment des contribuables qui sont lésés.

Dans le Maine-et-Loire, quoique les médecins soient rétribués à la visite, le montant de leurs honoraires ne peut dépasser le forfait établi. S'ils lui sont supérieurs, ils subissent une réduction proportionnelle et nous avons vu les inconvénients de cette manière de procéder.

Dans le Vaucluse, le forfait est constitué par le versement de 0 fr. 20 par habitant ; il ressort annuellement à 47.000 francs environ. Les sages-femmes et les pharmaciens sont d'abord payés, ce qui reste est réparti entre les médecins au prorata des visites faites. Alors que le règlement prévoit pour eux 1 franc par visite, ils ne touchent en réalité que 0 fr. 50 ou 0 fr. 40. Ils sont exposés à n'être pas payés. Ce système les invite à réduire leurs ordonnances pour avoir une somme plus forte à se répartir.

Dans le Lot-et-Garonne l'organisation est originale et mérite d'autant plus d'être signalée qu'elle est unique. Le forfait est de 50.000 francs. Il est versé au trésorier du Syndicat médical et est destiné à servir des pensions et des secours aux veuves et aux orphelins des médecins décédés.

Moyennant ces avantages, chacun des membres du syndicat médical assure le service des malades pauvres dans l'étendue de sa clientèle payante. C'est parfait, mais l'entente complète entre les médecins est nécessaire ; en outre, l'avenir est-il sûr ? Le syndicat médical du Lot-et-Garonne compte 127 membres sur 128 docteurs, mais déjà en 1907, le contrat a été renouvelé jusqu'en 1912 sur la base de 45.000 francs au lieu de 50.000. Enfin, certains médecins se sont plaints de la répartition inégale des assistés.

L'abonnement est la rémunération variable, soit avec le nombre des inscrits, soit avec le nombre des habitants, ou des deux à la fois, le taux restant fixe. Les départements ont choisi des bases d'abonnement différentes.

Tantôt le médecin touche tant par tête d'habitant (Corrèze, 0 fr. 10), ou tant par inscrit (Aisne, 2 francs), ou tant par habitant et tant par inscrit (Aube, 1 fr. 50 par inscrit ; 0 fr. 10 par habitant).

Tantôt, au taux de l'abonnement, s'ajoute une indemnité kilométrique (Aude, 3 francs par inscrit ; 0 fr. 50 par kilomètre en plaine, 0 fr. 75 en montagne). Tantôt encore le taux varie suivant la distance du domicile du médecin au village desservi (Isère, 0 fr. 80 par inscrit jusqu'au sixième kilomètre ; 1 franc à partir du sixième kilomètre). Parfois il existe un tant par inscrit avec réduction dite « abonnement familial » pour les familles nombreuses. L'abonnement familial est cal-

culé à raison de 3 membres par famille (Haute-Garonne), mais il reste le même alors que l'importance de la famille est supérieure. C'est injuste, car les risques de maladie sont plus grands si le nombre des bénéficiaires s'accroît.

Le montant de l'abonnement peut encore être réparti, quand le taux est par tête d'habitant, soit au prorata des options des assistés pour leur médecin (Tarn), soit au prorata des visites faites (Seine-et-Marne).

Pour les inscrits d'urgence, on paie un taux double (Aude, 6 francs), ou un taux triple, dont les deux tiers restent à la charge de la commune (Hte-Garonne), ou bien ils sont soignés à la visite (Charente-Inférieure).

Dans la Drôme, pour les inscrits d'urgence, la visite est rétribuée au prix ordinaire si le nombre de tous les inscrits n'atteint pas le sixième de la population. Si cette limite est atteinte, le taux de la visite des inscrits d'urgence est alors le triple du prix ordinaire.

Dans l'Aveyron, les frais occasionnés par les malades non inscrits sur les listes sont supportés par les communes seules. On peut faire à l'abonnement les mêmes reproches qu'au paiement à forfait.

Calculé à raison de 0 fr. 10 par habitant, il est trop élevé ou insuffisant, suivant la proportion des assistés. C'est ainsi que le médecin de campagne du Tarn, payé de 0 fr. 08 à 0 fr. 30 par habitant, suivant la distance qui le sépare des com-

munes desservies, à une situation misérable car les gens aisés sont excessivement rares.

Calculé sur le nombre des inscrits, il est plus équitable, mais, en outre qu'il est impossible de prévoir à l'avance le nombre des malades à traiter et l'étendue des soins à donner, il est à prévoir que la liste sera restreinte autant que possible. On abusera des admissions d'urgence. Alors le taux double ou triple interviendra, mais le palliatif est insuffisant. Le nombre des inscrits d'urgence va sans cesse en croissant. Par rapport aux inscrits ordinaires ce nombre était de 0,61 0/0 en 1895 ; de 1,82 0/0 en 1899 ; de 3,05 0/0 en 1902. Les mesures de restriction prises dans la Haute-Garonne, la Drôme et l'Aveyron constituent bien un progrès, mais l'admis d'urgence est généralement un demi-indigent qu'une maladie grave et prolongée prive complètement de ressources. Par suite, le travail du médecin est plus absorbant, plus étendu ; son salaire doit être plus élevé. Donc, les soins nécessités par les inscrits d'urgence doivent être rétribués à la visite. En outre, le taux doit être supérieur au prix ordinaire de la visite. Enfin, pour restreindre l'abus des admissions d'urgence, qui est absolument en contradiction avec la loi, l'exemple de l'Aveyron mérite d'être suivi : les communes seules doivent supporter l'intégralité de la dépense.

Le seul mode de paiement logique est le paiement à la visite, parce qu'il proportionne le salaire au travail fourni. Il suffit que le taux soit

suffisamment rémunérateur, qu'on fasse la distinction entre les visites de jour et de nuit et qu'enfin on accorde une indemnité pour les déplacements hors la résidence du médecin.

La généralité des règlements départementaux a prévu un franc pour les visites de jour. Celui du Var 1 fr. 25, celui de l'Eure, du Maine-et-Loire, du Rhône 1 fr. 50. Celui de la Seine-Inférieure 1 franc dans la résidence, 2 francs en dehors.

Mais tous n'édicte pas un prix spécial pour les visites de nuit. Dans l'Ain, le Maine-et-Loire, elles sont payées 3 francs. Dans l'Aveyron, les Vosges, 2 francs ; dans le Gard, 5 francs. Dans le Gers, jusqu'à un kilomètre 1 franc, puis 2 francs jusqu'à 4 kilomètres, et au-delà 0 fr. 50 en plus par kilomètre. Dans la Gironde, 1 franc jusqu'à 2 kilomètres, au-delà 0 fr. 50 en plus par kilomètre, aller seulement, et le double pour les visites de nuit ; les visites d'urgence sont comptées le double des visites de jour ou de nuit, suivant l'heure où elles sont faites.

L'indemnité kilométrique est presque partout admise, mais elle est plutôt établie pour l'aller seulement (Ain, Gard), et varie entre 0 fr. 50 (Vendée) et un franc (Rhône).

Rarement elle est comptée à l'aller et au retour (Ardèche, 0 fr. 50), ou bien elle est différente suivant que la course est faite en plaine (Aude, 0 fr. 50), en montagne (Aude, 0 fr. 75), par temps de neige (Aveyron, 1 fr. 25), le jour (Vienne,

0 fr. 50 ; Vosges, 1 franc), ou la nuit (Vienne, 1 franc ; Vosges, 2 francs ; Aveyron, 1 fr. 25).

Parfois elle varie avec la distance parcourue (Dordogne, 0 fr. 50 du deuxième au cinquième kilomètre ; 0 fr. 25 à partir du sixième kilomètre). Elle s'abaisse à un taux très minime dans l'Eure, 0 fr. 20 pour l'aller seul ; dans la Seine-Inférieure, 0 fr. 15 le jour, 0 fr. 20 la nuit. Cela s'explique, car le prix de la visite est de 1 fr. 50 ou 2 francs.

Les consultations sont le plus souvent gratuites (Gard, Aveyron). Dans les départements où elles sont payées, le taux est de 0 fr. 50 (Calvados), 0 fr. 75 (Dordogne), 1 franc (Seine-Inférieure).

Les modes de paiement des médecins : forfait, abonnement, visite, sont compatibles avec les modes de désignation des praticiens du service.

Ils sont nommés par le préfet et payés à l'abonnement dans 14 départements ; ainsi désignés et payés à la visite dans 6 ; payés à forfait dans 7.

Le libre choix et l'abonnement sont pratiqués dans 14 départements, le libre choix et le forfait dans 3, le libre choix et la visite dans 49.

Nous avons compté deux fois le Maine-et-Loire, le Vaucluse, le Gers, l'Eure-et-Loir, les Bouches-du-Rhône, le Gard, l'Ille-et-Vilaine, la Charente-Inférieure. Nous avons omis le Nord pour les raisons exposées plus haut.

Le système du libre choix avec paiement à la visite est le plus répandu. C'est celui qui satisfait le plus les principes que nous avons posés.

Toutefois, le libre choix ne peut être absolu.

Nous avons déclaré équitable l'indemnité kilométrique. Dès lors, il ne peut être permis de faire venir inutilement le médecin de très loin. Donc, le libre choix doit d'abord être limité aux médecins qui ont adhéré au règlement départemental, ensuite aux médecins de la commune, si elle en possède plusieurs ayant adhéré au règlement départemental, et dans le cas contraire, aux médecins de la circonscription. Dans ce cas, les circonscriptions devraient être déterminées par l'administration préfectorale après entente avec les représentants des syndicats médicaux.

Toutes les communes doivent se soumettre aux obligations imposées par la loi pour l'établissement de la liste. Les médecins du service doivent effectivement assister à sa confection ; elle sera signée par le maire et les médecins qui en recevront une copie.

Le prix des visites peut varier suivant les régions, mais il ne saurait être inférieur à celui que les médecins d'une localité ont décidé de demander aux gens peu aisés.

Il y a lieu de prévoir une indemnité kilométrique quand le médecin ne réside pas dans la commune de l'assisté. Elle peut varier avec les difficultés des communications, mais l'aller et retour ne peut être inférieur à 0 fr. 50, puisque l'Etat paie ce taux aux facteurs télégraphiques.

Les honoraires des médecins doivent être augmentés pour les visites de nuit et les visites d'urgence.

Les soins ne pourront être donnés que sur la présentation d'une pièce délivrée par le maire ou par le bureau d'assistance. En aucun cas, le médecin ne sera indirectement imposé au malade par l'inscription de son nom sur le carnet de visite ou sur le bon (Allier).

Une commission de contrôle est absolument nécessaire et sa composition sera telle qu'elle donnera satisfaction aux intérêts en présence : le département et le médecin. Nous en avons cité quelques exemples au début de ce chapitre. Si leur travail est sérieux, il aura pour résultat « de ramener les collaborateurs du service dans les voies régulières ». (Rapport Mirman.) Le contrôle par les syndicats médicaux ne peut être blâmé, car sa police serait efficace. Il ne saurait exister uniquement sans porter atteinte à la liberté des médecins qui seraient contraints de se syndiquer. Nous aimerions mieux le voir se manifester sans être légalement établi à côté des commissions de vérification. Il ne saurait encourir ainsi le reproche de parti-pris et s'attirerait l'estime de tous.

On dit que le système du libre choix avec paiement à la visite est impraticable parce qu'il empêche d'établir une prévision budgétaire. C'est facile avec le forfait et l'abonnement, mais est-ce une raison parce que c'est très commode de maintenir une rémunération qui, nous l'avons montré, n'est pas équitable ? Quel intérêt y a-t-il à déterminer à l'avance le montant des frais médicaux, alors que

les autres chapitres du budget de l'assistance aux malades ne peuvent l'être ?

En théorie de nombreux conseils généraux sont de notre avis, mais en pratique ils repoussent le libre choix et le paiement à la visite parce que, disent-ils, ce système coûte cher. Nous avons vu qu'un système meilleur marché constitue un gaspillage, qu'il ne remplit pas le but de la loi et ne donne qu'un semblant de satisfaction aux intéressés.

Un traitement dérisoire donné au médecin est comme une indication qu'il peut mal soigner l'assisté. Nous nous sommes rendu compte que la source principale de l'augmentation des dépenses de l'Assistance étaient les frais pharmaceutiques et d'hospitalisation. Les médecins mieux rémunérés n'économisent pas leur temps et leurs bonnes paroles. Ils savent laisser la consolation et l'espoir après leur passage chez le pauvre comme chez le riche, sans avoir besoin de rédiger une ordonnance bien souvent inutile, mais toujours onéreuse. Ils soignent le malade à son domicile et contribuent à hâter ainsi sa guérison sans prescrire une hospitalisation justifiée, mais généralement longue et coûteuse.

Et si, pour arriver à ces résultats que la loi veut obtenir, des sacrifices sont indispensables, c'est à l'Etat de les supporter. Il n'a pas hésité, pour éviter les marchandages entre les compagnies d'assurances et les médecins, à prescrire le libre choix pour les accidents du travail et à imposer les charges nouvelles aux industriels responsables. Ici,

la situation est la même : l'Etat doit payer le supplément, s'il est nécessaire.

En outre, il n'est pas prouvé que le système du libre choix avec paiement à la visite, est plus cher. Certains départements qui l'appliquent dépensent moins par assisté soigné que d'autres départements qui ne l'appliquent pas.

Parmi ces derniers, le Doubs, de 1897 à 1902, a dépensé en moyenne 21 fr. 72 par assisté soigné ; la Meuse, 14 francs ; le Haut-Rhin, 14 fr. 04 ; la Meurthe-et-Moselle, 13 fr. 86.

Au contraire, les départements qui ont pratiqué le système que nous préconisons, ont, pour la même période, dépensé moins par assisté soigné : les Vosges (13 fr. 84), la Dordogne (13 fr. 36), l'Aveyron (10 fr. 70), l'Indre (6 fr. 39).

Il est entendu qu'on ne peut comparer un département à un autre avec quelque chance de résultat exact, mais ces chiffres démontrent tout au moins que le système que nous défendons ne suffit pas à expliquer seul l'élévation du prix de l'assistance.

Prenons maintenant un département où divers systèmes ont été pratiqués.

Dans le Lot, de 1897 à 1899, le libre choix avec paiement à la visite était en vigueur. La dépense par assisté soigné fut de 10 fr. 34 en 1897, dont 3 fr. 52 pour les médecins ou sages-femmes ; et 6 fr. 82 pour les pharmaciens ; en 1898, ces chiffres furent de 10 fr. 14 (3 fr. 20, 6 fr. 94) ; en 1899, 9 fr. 72 (3 fr. 01, 6 fr. 71).

Dès 1900, l'abonnement fut appliqué et donna les résultats suivants : en 1900, 10 fr. 07 par assisté soigné (3 fr. 94 pour les médecins ou sages-femmes, 6 fr. 13 pour les pharmaciens) ; 1901, 11 fr. 02 (4 fr. 19, 6 fr. 83) ; 1902, 10 fr. 44 (3 fr. 56, 6 fr. 88).

En comparant ces différents chiffres, de 1897 à 1902, nous voyons que la dépense par assisté soigné a augmenté en 1901 et en 1902, que les médecins et sages-femmes ont coûté plus cher en 1900-1901-1902, et les pharmaciens en 1901 et en 1902, précisément au moment où on avait abandonné le paiement à la visite pour le paiement à l'abonnement.

On dit encore : le système du libre choix avec paiement à la visite pousse à la visite. A qui la faute ? A l'administration. Il est d'ailleurs très facile de remédier à cet inconvénient. Les maires ou les bureaux d'assistance n'ont qu'à délivrer à bon escient les carnets, bulletins, bons de visite ou de consultation.

Avec l'aide de l'administration et le contrôle effectif des commissions de vérification, le libre choix et le paiement à la visite ne peuvent que satisfaire le but poursuivi par la loi, sans qu'il en résulte une exagération notable des dépenses de l'assistance.

DIVERSITÉS DÉPARTEMENTALES

POUR

LA DÉSIGNATION ET LA RÉMUNÉRATION DES MÉDECINS

DÉPARTEMENTS	MODES DE DÉSIGNATION	MODES DE RÉMUNÉRATION
<u>Ain.</u>	Libre choix parmi les médecins ayant adhéré au règlement départemental.	A la visite, avec indemnité kilométrique.
<u>Aisne.</u>	Médecins nommés par le Préfet sur la proposition du Bureau d'assistance.	A l'abonnement à raison de 2 fr. par inscrit.
<u>Basses-Alpes.</u>	Médecins nommés par le Préfet après avis conforme de la Commission départementale.	A la visite, avec indemnité kilométrique.
<u>Allier.</u>	Libre choix.	A la visite, avec indemnité kilométrique.
Hautes-Alpes.	Médecins nommés par le Préfet.	A l'abonnement à raison de 0 fr. 10 par habitant.
Alpes-Marit	Médecins nommés par le Préfet.	A forfait.

DÉPARTEMENT ^{ts}	MODES DE DÉSIGNATION	MODES DE RÉMUNÉRATION
<u>Ardèche.</u>	Libre choix parmi les médecins ayant adhéré au règlement départemental.	A la visite avec indemnité kilométrique.
<u>Ardennes.</u>	Libre choix.	A la visite avec indemnité kilométrique.
<u>Ariège.</u>	Médecins nommés par le Préfet sur la proposition du Conseil général.	A forfait.
<u>Aube.</u>	Médecins nommés par le Préfet.	A l'abonnement à raison de 1 fr., 50 par inscrit et de 0 fr. 10 par habitant.
<u>Aude.</u>	Libre choix parmi les médecins de la circonscription.	A l'abonnement à raison de 3 fr. par inscrit avec indemnité kilométrique.
<u>Aveyron.</u>	Libre choix parmi les médecins ayant adhéré au règlement départemental.	A la visite avec indemnité kilométrique.
<u>Bouches-du-Rhône.</u>	Libre choix. Dans 20 communes le médecin est nommé par le Préfet sur la proposition du bureau d'assistance.	A la visite avec indemnité kilométrique. A l'abonnement dans les 20 communes à raison de 4 fr. par inscrit.

DÉPARTEMENTS	MODES DE DÉSIGNATION	MODES DE RÉMUNÉRATION
<u>Calvados.</u>	Libre choix parmi les médecins ayant adhéré au règlement départemental.	A la visite avec indemnité kilométrique.
<u>Cantal.</u>	Libre choix.	A la visite.
<u>Charente.</u>	Libre choix parmi les médecins exerçant habituellement dans la commune.	A la visite avec indemnité kilométrique.
<u>Charente-Inférieure.</u>	Libre choix.	A la visite, avec indemnité kilométrique. Parfois à l'abonnement à raison de 2 francs par inscrit.
<u>Cher.</u>	Médecins nommés par le Préfet.	A l'abonnement, avec indemnité kilométrique.
<u>Corrèze.</u>	Médecins nommés par le Préfet.	A l'abonnement, à raison de 0 fr. 10 par habitant.
<u>Corse.</u>	Médecins nommés par le Préfet.	A forfait de cent mille francs pour tout le service de l'assistance aux malades.

DÉPARTEMENTS	MODES DE DÉSIGNATION	MODES DE REMUNÉRATION
<u>Côte-d'Or.</u>	Libre choix.	A la visite, avec indemnité kilométrique.
<u>Côtes du-Nord</u>	Libre choix.	A la visite, avec indemnité kilométrique.
<u>Creuse.</u>	Libre choix restreint au médecin le plus rapproché.	A la visite, avec indemnité kilométrique.
<u>Dordogne.</u>	Libre choix.	A la visite, avec indemnité kilométrique.
<u>Doubs.</u>	Médecins nommés par le Préfet.	A forfait.
<u>Drôme.</u>	Médecins nommés par le Préfet.	A la visite.
<u>Eure.</u>	Libre choix.	A la visite, avec indemnité kilométrique.
<u>Eure-et-Loir.</u>	Libre choix. Médecins nommés par le Préfet.	A la visite. A l'abonnement.
<u>Finistère</u>	Libre choix parmi les médecins ayant adhéré au règlement départemental.	A la visite, avec indemnité kilométrique.

DÉPARTEMENT ^s	MODES DE DÉSIGNATION	MODES DE RÉMUNÉRATION
<u>Gard.</u>	Libre choix parmi les médecins ayant adhéré au règlement départemental.	A la visite, avec indemnité kilométrique. A l'abonnement pour les communes autorisées par la Commission départementale.
<u>Haute-Garonne.</u>	Libre choix.	A l'abonnement, avec abonnement familial.
<u>Gers.</u>	Libre choix en principe. En pratique, médecins imposés.	A la visite, avec indemnité kilométrique. A l'abonnement en pratique.
<u>Gironde.</u>	Libre choix.	A la visite, avec indemnité kilométrique.
<u>Hérault.</u>	42 médecins nommés par le Préfet.	A forfait, variable suivant les circonscriptions.
<u>Ille-& Vilaine.</u>	Libre choix.	A la visite, avec indemnité kilométrique. A l'abonnement à raison de 1 franc par inscrit.

DÉPARTEMENTS	MODES DE DÉSIGNATION	MODES DE RÉMUNÉRATION
<u>Indre.</u>	Libre choix.	A la visite, avec indemnité kilométrique.
Indre-&-Loire	Libre choix.	A la visite, avec indemnité kilométrique.
<u>Isère.</u>	Médecins nommés par le Préfet.	A l'abonnement, à raison de 0 fr. 80 et de 1 franc par inscrit.
Jura.	Libre choix.	A la visite, avec indemnité kilométrique.
Landes.	Libre choix.	A la visite
<u>Loir-et-Cher</u>	Libre choix.	A la visite, avec indemnité kilométrique.
Loire.	Médecins nommés par le Préfet.	A la visite.
Haute-Loire.	Libre choix.	A la visite.
<u>Loire-Inférieure.</u>	Libre choix.	A la visite, avec indemnité kilométrique.

DÉPARTEMENTS	MODES DE DÉSIGNATION	MODES DE RÉMUNÉRATION
<u>Loiret.</u>	Médecins nommés par le Préfet.	A la visite, avec indemnité kilomé- trique.
<u>Lot.</u>	Libre choix.	A l'abonnement
<u>Lot- et- Garonne.</u>	Libre choix parmi les membres du Syndicat mé- dical.	A forfait. Qua- rante-cinq mille francs versés au Trésorier du Syn- dicat.
<u>Lozère.</u>	Libre choix.	A la visite avec indemnité kilomé- trique.
<u>Maine- et- Loire.</u>	Médecins nommés par le Préfet.	Forfait global réparti entre tous les praticiens. Médecins payés à la visite avec indemnité kilomé- trique. Réduction pro- portionnelle si for- fait dépassé.
<u>Manche.</u>	Libre choix.	A la visite avec indemnité kilomé- trique.
<u>Marne.</u>	Libre choix.	A la visite avec indemnité kilomé- trique.

DÉPARTEMENT ^s	MODES DE DÉSIGNATION	MODES DE RÉMUNÉRATION
<u>Haute-Marne.</u>	Libre choix parmi les médecins ayant adhéré au règlement départemental et parmi ceux des départements limitrophes.	A la visite avec indemnité kilométrique.
<u>Mayenne.</u>	Libre choix parmi les médecins ayant adhéré au règlement départemental.	A la visite avec indemnité kilométrique.
<u>Meurthe et-Moselle.</u>	Médecins nommés par le Préfet.	A forfait.
<u>Meuse.</u>	Médecins nommés par le Préfet.	A l'abonnement.
<u>Morbihan.</u>	Libre choix.	A la visite avec indemnité kilométrique.
<u>Nièvre.</u>	Libre choix.	A la visite.
<u>Nord.</u>	Médecins nommés par le Préfet sur la présentation du Bureau d'assistance.	Mode de rémunération déterminé par le Bureau d'assistance avec approbation du Préfet.
<u>Oise.</u>	Libre choix.	A l'abonnement à raison de 2 fr. par inscrit avec indemnité kilométrique.

DÉPARTEMENTS	MODES DE DÉSIGNATION	MODES DE RÉMUNÉRATION
<u>Orne.</u>	Libre choix.	A la visite avec indemnité kilométrique.
<u>Pas de-Calais.</u>	Médecins nommés par le Préfet sur la proposition du Bureau d'assistance.	A forfait.
<u>Puy-de-Dôme.</u>	Libre choix parmi les médecins ayant adhéré au règlement départemental.	A la visite.
<u>Basses-Pyrénées.</u>	Libre choix.	A l'abonnement.
<u>Hautes-Pyrénées.</u>	Libre choix.	A l'abonnement.
<u>Pyrénées-Orientales.</u>	Libre choix parmi les médecins ayant adhéré au règlement départemental.	A l'abonnement à raison de 2 fr. par inscrit.
<u>Haut-Rhin.</u>	Médecins nommés par le Préfet.	A l'abonnement à raison de 0 fr. 10 par habitant.
<u>Rhône</u>	Libre choix.	A la visite avec indemnité kilométrique.
<u>Haute-Saône.</u>	Libre choix parmi les médecins exerçant habituellement dans la commune.	A la visite avec indemnité kilométrique.

DÉPARTEMENT ^{ts}	MODES DE DÉSIGNATION	MODES DE RÉMUNÉRATION
Saône-et-Loire.	Médecins nommés par le Préfet.	A la visite.
<u>Sarthe.</u>	Médecins nommés par le Préfet.	A l'abonnement à raison de 1 fr. par inscrit.
Savoie.	Libre choix parmi les médecins de la circons- cription.	A la visite avec indemnité kilomé- trique.
Haute - Savoie.	Libre choix.	A la visite.
<u>Seine- Inférieure.</u>	Libre choix parmi les médecins ayant adhéré au règlement départemental.	A la visite avec indemnité kilomé- trique.
<u>Seine- et- Marne.</u>	Libre choix.	A l'abonnement.
<u>Seine-et-Oise.</u>	Médecins nommés par le Préfet.	A l'abonnement à raison de 3 fr. par inscrit.
<u>Deux-Sèvres.</u>	Libre choix.	A l'abonnement à raison de 1 fr. 80 par inscrit.
<u>Somme.</u>	Médecins proposés par le Préfet au libre choix des malades.	A l'abonnement à raison de 1 fr. 50, 2 fr. 50, 3 fr. par inscrit.

DÉPARTEMENT ^s	MODES DE DÉSIGNATION	MODES DE RÉMUNÉRATION
<u>Tarn.</u>	Libre choix parmi les médecins ayant adhéré au règlement départemental.	A l'abonnement à raison de 0 fr. 08 à 0 fr. 30 par habitant.
<u>Tarn-et-Garonne.</u>	Libre choix.	A l'abonnement à raison de 3 fr par inscrit.
<u>Var.</u>	Libre choix parmi les médecins les plus rapprochés.	A la visite avec indemnité kilométrique.
<u>Vaucluse.</u>	Libre choix.	A la visite avec forfait et paiement des médecins après les sages-femmes et les pharmaciens.
<u>Vendée.</u>	Libre choix.	A la visite avec indemnité kilométrique.
<u>Vienne.</u>	Libre choix.	A la visite avec indemnité kilométrique.
<u>Haute-Vienne.</u>	Libre choix dans le département et dans les départements limitrophes.	A la visite avec indemnité kilométrique.

DÉPARTEMENT ^s	MODES DE DÉSIGNATION	MODES DE RÉMUNÉRATION
<u>Vosges</u>	Libre choix parmi les médecins ayant adhéré au règlement départemental.	A la visite avec indemnité kilomé- trique.
<u>Yonne:</u>	Libre choix parmi les mé- decins exerçant habituel- lement dans la commune.	A la visite.

CHAPITRE VIII

ORGANISATIONS COMMUNALES AUTONOMES

Au point de vue de l'assistance aux malades, les communes peuvent se trouver dans l'une des trois situations suivantes :

- 1° Etre rattachées au service départemental ;
- 2° Avoir une organisation spéciale approuvée ;
- 3° Avoir une organisation spéciale sans autorisation administrative.

Nous connaissons déjà l'organisation des communes rattachées au service départemental.

Mais la loi de 1893 n'a pas voulu englober dans ce service toutes les communes, de peur de contrarier des habitudes déjà anciennes et de trop s'immiscer dans les affaires locales. Elle leur a permis d'avoir une organisation spéciale, mais seulement au point de vue de l'assistance à domicile. L'article 35 ne concerne pas les hôpitaux.

Pour en bénéficier, elles doivent adresser leur demande au Ministère de l'Intérieur, en y joignant les pièces suivantes :

- 1° Un exposé, signé du maire, faisant connaître

avec précision les moyens par lesquels la commune justifie remplir d'une manière complète son devoir d'assistance envers ses malades ;

2° Le règlement spécial à la commune, rédigé par articles ;

3° La délibération du Conseil municipal ayant pour objet la demande d'autorisation ;

4° Les comptes administratifs de la commune, du bureau de bienfaisance, de l'hôpital, s'il y a lieu, pour les trois derniers exercices ;

5° Un relevé des recettes et des dépenses ordinaires et extraordinaires, d'après les trois derniers comptes ;

6° Le budget de l'exercice courant et le budget supplémentaire ou, à défaut, celui de l'exercice précédent ;

7° Un projet de budget de l'assistance aux malades, avec les dépenses annuelles et les recettes spéciales provenant du bureau de bienfaisance, de l'hospice ou de la commune ;

8° L'avis de la commission administrative du bureau d'assistance sur le règlement spécial soumis à approbation ;

9° L'avis du Conseil général ou, à défaut, de la commission départementale ;

10° L'avis motivé du préfet ;

11° Un exemplaire du règlement départemental.

Ces demandes sont instruites par le troisième bureau de la direction de l'assistance publique au Ministère de l'Intérieur. En outre (séances du Con-

seil supérieur, 5 et 6 mars 1895), les communes en instance doivent se conformer aux prescriptions suivantes :

1° Justifier qu'à défaut de liste d'assistance établie conformément à la loi, des mesures ont été prises pour assurer les secours à tous les malades, y compris les femmes en couches, dénués de ressources ;

2° Démontrer que les sommes à la disposition du service local sont suffisantes pour que les assistés reçoivent des secours aussi complets que ceux qu'ils recevraient si le règlement départemental était appliqué ;

3° Assurer les soins médicaux à domicile et l'hospitalisation, de même que l'isolement des contagieux ;

4° S'engager à fournir les médicaments portés au tarif départemental et les appareils nécessaires ;

5° Supporter l'intégralité des frais de transport à l'hôpital ;

6° Incrire au budget les ressources nécessaires pour rembourser les frais occasionnés par le traitement de leurs malades secourus par une autre collectivité ;

7° S'engager à assister les personnes qui tombent malades sur leur territoire, sauf à être remboursés par le département des soins excédant les dix premiers jours de maladie.

Toutes ces conditions sont imposées aux communes pour qu'elles ne puissent demander le béné-

fice de l'art. 35, en vue de se débarrasser des obligations que la loi leur impose.

Les demandes instruites sont examinées par le conseil supérieur de l'assistance publique. Si son avis est favorable, le Ministre de l'Intérieur peut, par une décision particulière, autoriser les communes requérantes à avoir une organisation spéciale.

L'administration s'est conformée au vœu émis par le conseil supérieur dans sa séance du 30 janvier 1896. Elle ne donne suite à ses avis favorables qu'au moment où elle s'est assurée qu'il n'est pas possible de donner satisfaction aux communes par de simples modifications aux règlements départementaux. En outre, les demandes ne sont soumises au conseil supérieur qu'après que cette instruction préalable a été faite.

L'article 35 stipule l'avis préalable du conseil supérieur, pour mettre les décisions ministérielles à l'abri de toute critique d'arbitraire. Néanmoins, en cas d'urgence, le Ministre peut se borner à demander l'avis de la section compétente du Conseil supérieur (art. 39, loi de finances, 17 avril 1906).

Cette autorisation du Ministre de l'Intérieur est toujours révocable, et les communes peuvent y renoncer spontanément.

Les communes ou syndicats de communes qui bénéficient de l'article 35, pouvant organiser l'assistance d'une façon différente de celle prévue par la loi du 15 juillet 1893, n'ont pas qualité pour réclamer le bénéfice des subventions que cette loi

impose au département et à l'Etat (circulaire du 18 mai 1894). Les déclarations du commissaire du gouvernement, au Sénat, le 16 mars 1893, n'avaient d'ailleurs laissé subsister aucun doute à ce sujet : « Il y aurait quelque excès à réclamer, d'une part, une liberté plus grande que celle accordée par la loi, et à prétendre, d'autre part, au bénéfice des subventions que la loi prévoit, en un mot, échapper à la loi sur tous les points, à en ignorer tous les articles, sauf un, celui qui doit ouvrir la caisse de l'Etat. »

De même, la commune perd le droit de s'imposer, en vue de cette organisation spéciale. Il faut qu'elle subvienne à toutes les dépenses du service au moyen de ses seules ressources ordinaires.

Elle acquitte les centimes départementaux afférents au service et votés par le Conseil général quoique, de prime abord, cette obligation paraisse injuste. Toutes les communes doivent figurer sur l'arrêté exécutoire servant au recouvrement des centimes départementaux (décision ministérielle du 4 août 1894).

C'est ainsi que s'exerce la solidarité intercommunale et nationale, pour que les communes riches, même celles qui sont en dehors de l'organisation réglementaire, viennent au secours des communes pauvres (décision ministérielle du 24 avril 1895).

Nous aurions désiré faire connaître l'organisation des secours dans les services communaux autonomes, au moins pour une commune de chaque département.

Les renseignements qui nous sont parvenus ont été plutôt rares et incomplets.

Nous avons jugé utile d'exposer le fonctionnement du service à Nîmes, Montpellier, et surtout à Montélimar. M. Rondel, inspecteur général des services administratifs au Ministère de l'Intérieur, nous avait signalé comme particulièrement originale l'organisation de l'assistance dans cette ville. M. Loubet, maire de Montélimar, a contribué à la rédaction du règlement en vigueur.

NÎMES

L'organisation de l'assistance aux malades privés de ressources relève du bureau de bienfaisance.

La ville est divisée en 7 circonscriptions, pourvues chacune d'un médecin désigné par la commission administrative. Des médecins suppléants remplacent les titulaires empêchés. Les titulaires reçoivent une allocation annuelle de 500 francs ; les visites de nuit leur sont payées, en plus, à raison de 6 francs l'une.

Chacun d'eux a un jour de consultation par semaine, au siège du bureau. Les enfants du premier âge sont examinés tous les mercredis, à onze heures.

Les visites ont lieu sur la présentation d'un imprimé spécial, signé d'un enquêteur ou d'un administrateur, délivré sur la demande du malade lui-même, ou d'un membre de sa famille. Si le mé-

decin constate une maladie grave (phtisie, fluxion de poitrine), il doit faire les visites nécessaires sans qu'on lui présente un nouveau bulletin de visite.

Quatre sages-femmes, agréées par la commission administrative, assurent le service des accouchements, moyennant une allocation annuelle et individuelle de 300 fr. Si c'est nécessaire, elles peuvent appeler le médecin de la circonscription de la Maternité.

Les médicaments sont délivrés par un des quatre pharmaciens agréés par la commission administrative, sur le vu d'ordonnances signées du médecin et d'un agent du bureau ou d'un enquêteur. Les pharmaciens sont rétribués à l'abonnement, à raison de 1 fr. 20 par ordonnance exécutée. Les médicaments d'un prix trop élevé sont interdits. Les médecins ne doivent prescrire que de petites quantités, de façon que le malade soit obligé de faire renouveler l'ordonnance tous les quinze jours environ. Ils peuvent ordonner des bains et douches, des appareils orthopédiques, des bandages, mais les appareils coûteux ne sont délivrés que sur le vu de la délibération de la commission du bureau. Le lait ne peut être prescrit que pour quinze jours et à raison d'un litre par jour ; la viande est autorisée ; les sept médecins ont chacun des bons pour 500 kilogrammes par an.

Les individus privés de ressources victimes d'accidents graves, sont admis d'urgence à l'hôpital.

Les blessures légères ou les pansements peuvent, s'il y a lieu, être soignés à l'hôpital.

MONTPELLIER

Les soins aux malades privés de ressources sont assurés par le bureau de bienfaisance.

La ville est divisée en six quartiers ou sixains, pourvus chacun d'un médecin titulaire. Un médecin spécial est attaché à Celleneuve. Trois docteurs suppléants et deux suppléants-adjoints remplacent les titulaires en cas d'absence ou d'empêchement.

Les consultations sont données au bureau tous les jours, sauf le dimanche, de une heure à trois heures, dans un local spécial. Un jour est réservé à chacun des titulaires. En outre, des consultations spéciales, pour les yeux, la gorge, le nez, les oreilles, les nourrissons, ont lieu au bureau. Trois spécialistes sont nommés à cet effet. Vingt sages-femmes accordent leurs soins aux femmes en couches privées de ressources.

Les visites sont faites sur la présentation au médecin d'un bulletin de visite délivré à la pharmacie attachée au bureau. Un état nominatif des visites est mensuellement adressé au président du bureau par chaque titulaire.

Pour chacun des malades visités, le titulaire doit indiquer la date de la première visite, la nature de la maladie, l'état actuel, la date de la dernière visite, le nombre total de visites. Les sages-fem-

mes se rendent auprès des femmes enceintes sur la présentation d'un bon d'accouchement qui doit être demandé à la pharmacie du bureau dans le mois précédant l'accouchement. Le bon porte le nom de la sage-femme choisie par l'assistée, le nom du médecin du sixain que la sage-femme peut faire appeler si elle le juge nécessaire, le nom et l'adresse de la femme en couches. Une formule d'ordonnance est jointe pour les remèdes dont la prescription est indispensable. Le titulaire appelé par la sage-femme peut ordonner le transfert à la clinique spéciale. Tous les trois mois, les sages-femmes doivent remettre au bureau l'état des accouchements, indiquant le nom, le sexe de l'enfant, la date de naissance, l'état de la mère et du nouveau-né. Chaque accouchement est payé 10 francs, ou 15 francs s'il est gémellaire.

Les médicaments sont délivrés à la pharmacie du bureau, sur le vu d'ordonnances, écrites sur un imprimé spécial, signées du médecin, portant la date, le nom, le sexe et l'adresse du malade.

Le pharmacien attaché au bureau de bienfaisance, cessant son service à six heures du soir, tous les pharmaciens de la ville peuvent délivrer des médicaments jusqu'à sept heures du matin.

Les médecins sont autorisés à prescrire, avec modération, le lait, les bouillons, les appareils et bandages, les bains de mer, les bains sulfureux, les bains chauds. Ils doivent faire de la médecine économique et ne prescrire que de petites quanti-

tés, pour que les ordonnances puissent être renouvelées tous les huit jours environ.

Ils ont qualité pour délivrer des billets d'admission d'urgence à l'hôpital. Ces billets doivent être portés à la pharmacie du bureau, qui remet un bon de transport par voiture d'ambulance.

L'assisté qui dérange inutilement le médecin du quartier, peut être rayé de la liste des bénéficiaires des secours pendant trois mois.

MONTÉLIMAR

L'organisation de l'assistance aux malades est la plus originale de toutes celles qui sont suivies par les services communaux autonomes.

Les secours sont assurés par le bureau d'assistance.

Les médecins, pharmaciens et sages-femmes sont nommés et révoqués par le maire, après avis du bureau et du Conseil municipal.

Les consultations ont lieu à jours fixes, au cabinet du docteur, sur la présentation d'un carnet à souche, contenant des bulletins et des formules imprimées, qui servent à établir les certificats de consultation ou de visite.

Les visites sont faites sur la demande des assistés au président du bureau, qui leur délivre un carnet à souche et une feuille de maladie.

Le bulletin de visite ou de consultation donne droit aux soins du médecin. Le certificat, rempli

par le docteur, constate que la consultation a été donnée ou la visite faite. La feuille de maladie dressée par le médecin traitant détermine l'affection, décrit l'état du malade, porte le nombre de visites faites et le traitement prescrit. Elle est adressée par le médecin au président du bureau. A la fin de la maladie, le carnet à souche est retourné à la mairie, siège du bureau, pour faciliter le contrôle.

En cours de maladie, le médecin traitant ne peut être changé que sur l'autorisation du bureau, et un deuxième carnet pour la même maladie ne peut être accordé que par le bureau sur la demande du maire.

Pour les admis d'urgence, le médecin peut être appelé sur la présentation d'une note signée du président du bureau, confirmant l'admission. Mais le bulletin de visite et la feuille de maladie doivent lui être remis dans les trois jours.

Les médecins ne peuvent prescrire que les médicaments ou appareils portés au tarif réglementaire et sur des ordonnances imprimées, détachées d'un carnet spécial, mis à leur disposition par le bureau.

Au cas d'hospitalisation, le médecin doit aviser le maire, fournir un certificat indiquant la nature de la maladie, les raisons pour lesquelles il y a impossibilité de soigner le malade à domicile, et l'hôpital sur lequel il doit être dirigé. Ce certificat doit être visé par l'administrateur de service.

L'envoi aux hôpitaux de Lyon est décidé par le bureau d'assistance, sur le vu d'un certificat signé par deux médecins du service. Les frais de transport sont à la charge du bureau, qui donne 2 francs par jour pour le voyage des adultes et 1 fr. 50 pour celui des malades âgés de moins de quinze ans.

Les consultations sont payées 0 fr. 75, les visites en ville et dans les faubourgs 1 franc, dans la banlieue 2 fr. 50, la nuit 2 francs et 5 francs.

Les opérations chirurgicales, les médicaments et appareils, sont prévus à un tarif spécial, qui peut être modifié tous les deux ans par le Conseil municipal, sur la demande du maire, et après avis du bureau. Les ordonnances exécutées donnent droit à une indemnité fixe et supplémentaire de un franc et sont obligatoires pour les pharmaciens du service sous peine d'exclusion.

Les opérations non prévues au tarif, faisant l'objet d'une note explicative, sont soldées après délibération du bureau.

Les appareils autres que ceux portés au tarif, sont fournis en vertu d'une autorisation spéciale du bureau et sur le vu d'un certificat médical.

Les sages-femmes sont payées sur un forfait déterminé et annuel, au prorata du nombre des accouchements, un accouchement dans la banlieue comptant pour deux, et suivant un tarif spécial. L'hospitalisation pour accouchement peut être requise par le maire.

Un service de garde-malades est organisé pour

aider dans leur tâche les médecins et sages-femmes.

Le contrôle est assuré par trois délégués du bureau d'assistance.

Il n'y a pas de budget spécial pour l'assistance aux malades, les dépenses qui en résultent sont payées par la commune sur la caisse municipale, et mandatées par le maire.

Il est nécessaire de déterminer maintenant l'étendue d'application de l'article 35.

L'administration s'est attachée à restreindre l'autorisation d'une organisation spéciale aux cas dans lesquels un service autonome était absolument justifié. Elle a même obtenu de nombreux conseils généraux des modifications de détail qui, en faisant disparaître l'uniformité rigide du règlement départemental, ont amené le retrait de nombreuses demandes d'application de l'article 35. Les assemblées départementales des Basses-Alpes, de l'Aube, de l'Aude, du Cher, de la Côte-d'Or, de l'Eure-et-Loir, du Gard, de la Haute-Garonne, du Gers, de la Gironde, de l'Ille-et-Vilaine, de la Haute-Loire, du Maine-et-Loire, de la Manche, du Morbihan, de la Nièvre, du Rhône, de la Saône-et-Loire, de l'Yonne, ont donné plus d'élasticité à leurs règlements respectifs.

Leur exemple a été suivi. Le 23 novembre 1904, le Conseil général du Calvados, par dérogation au règlement départemental, autorisait les communes à contracter un abonnement annuel à forfait avec un ou plusieurs médecins. Elles conservaient leur

droit à la subvention départementale, à condition de soumettre le contrat intervenu à l'approbation préfectorale.

Le 23 août 1905, les communes du Loiret avaient la faculté de confier le service de l'assistance aux malades à plusieurs médecins, pour assurer le libre choix à leurs assistés.

Des délibérations semblables avaient été prises par les Conseils généraux de l'Indre, des Hautes-Pyrénées (1901), du Loir-et-Cher (1902), de la Seine-Inférieure et de la Seine-et-Marne (1903).

L'élargissement des règlements départementaux paraît avoir été inspiré principalement par le désir de restreindre les dépenses à la charge des collectivités locales et d'éviter les abus relevés dans le fonctionnement du service. Ces dérogations sont le plus souvent autorisées par le préfet, quelquefois par le Conseil général ou par la commission départementale, sur la proposition du préfet. L'administration centrale a souvent rappelé aux préfets de veiller à ce qu'elles ne constituent jamais un moyen détourné d'éluder les dispositions de la loi de 1893.

Par suite, il ne faut pas s'étonner si le nombre des communes bénéficiaires de l'article 35 diminue. En 1896, il y en avait 598; en 1902, 524.

En juin 1902, 31 départements n'avaient aucun service communal autonome régulièrement autorisé.

Quarante-et-un départements en avaient de un à cinq ; neuf en avaient de six à dix ; six en avaient

plus de dix (Aisne, Ardennes, Doubs, Nord, Seine-Inférieure, Somme).

A cette époque, les demandes nouvelles étaient rares. Celles en instance étaient des demandes anciennes, pour lesquelles l'administration avait ordonné un complément d'instruction. Cette mesure causa le retrait d'un certain nombre, car la plupart avaient été formulées simplement, par esprit d'imitation. Dans le Doubs et dans la Somme, six communes renoncèrent à solliciter l'application de l'article 35. Le retrait de l'autorisation par un arrêté du ministre est très rare ; nous n'en connaissons qu'un seul cas (arrêté ministériel de retrait du 16 octobre 1901, applicable à Châteauneuf-du-Pape, Vaucluse).

La population desservie par les organisations spéciales augmente (4.731.674 habitants en 1896 ; 6.080.255 en 1902), alors que le nombre des communes bénéficiaires de l'article 35 diminue. Cette anomalie vient de ce que de petites communes renoncent à l'autorisation ministérielle, tandis que d'autres, plus importantes, la demandent.

Les inscrits suivent le mouvement de la population (407.855 en 1896, 491.081 en 1902). Pour l'ensemble de la période 1895 à 1902, ils présentent une augmentation de 46,47 pour 100, en regard de la progression de la population, qui est de 41,37 pour 100.

Depuis 1898, le nombre des admis d'urgence ne cesse de s'accroître (35.580 en 1898 ; 49.201 en 1902) ; mais celui des admis par le préfet est tou-

jours peu important (13 en 1897 ; 23 en 1899 ; 39 en 1902).

Le nombre des assistés à domicile, qui a suivi une marche ascendante de 1896 (168.137) à 1899 (236.386), diminue de 1900 à 1902 (209.353).

Parallèlement, celui des hospitalisés passe de 64.764 en 1896 à 80.488 en 1900 et à 68.534 en 1902.

Par suite, le total des assistés, de 232.901 en 1896, atteint le chiffre de 313.277 en 1899 et retombe à 277.887 en 1902.

Les dépenses augmentent progressivement de 1895 (5.626.873 fr. 51) à 1900 (7.982.417 fr. 88) ; elles accusent une légère baisse en 1901 (7.599.835 fr. 06), mais se relèvent en 1902 (7.798.631 fr. 85). Les honoraires médicaux n'ont jamais cessé de s'élever (467.741 fr. 77 en 1896, 685.546 fr. 32 en 1902) ; ceux des sages-femmes aussi (1896 : 106.667 fr. 18 ; 1899 : 147.723 fr. 68), mais ils ont baissé en 1900 (147.364 fr. 55), et en 1902 (156.922 fr. 44), atteignant leur maximum en 1901 (159.565 fr. 07). Les frais de médicaments et d'appareils, de 866.518 fr. 31 en 1896, sont passés à 1.319.575 fr. 17 en 1902, sauf une baisse légère de 1900 (1.383.165 fr. 28) à 1901 (1.272.158 fr. 20). Il en est résulté une augmentation constante des dépenses de l'assistance à domicile (1.440.927 fr. 26 en 1896, 2.171.043 fr. 93 en 1902).

Les dépenses d'hospitalisation, qui s'étaient accrues de 1896 (4.206.167 fr. 55) à 1899 (5.077.471 fr. 24), ont diminué de 1900 (5.067.522 fr. 93) à 1902

(4.711.362 fr. 97), par suite de la diminution constatée dans le nombre des hospitalisés.

Les autres frais d'assistance prennent, d'année en année, une extension nouvelle (1896 : 641.710 fr. 30 ; 1902 : 916.224 fr. 95).

La dépense moyenne par assisté a été de 27 fr. 12 en 1896, de 25 fr. 10 en 1899, de 26 fr. 19 en 1900, de 28 fr. 06 en 1902. Elle a été plus forte que pour les services départementaux (1896 : 14 fr. 63 ; 1899 : 16 fr. 32 ; 1900 : 17 fr. 08 ; 1902 : 18 fr. 12).

Par tête d'habitant, dans les organisations spéciales, la dépense ressort à 1 fr. 39 en 1900, 1 fr. 24 en 1901, 1 fr. 28 en 1902.

Dans les services départementaux, nous avons noté les chiffres suivants : 0 fr. 335 en 1900, 0 fr. 357 en 1901, 0 fr. 378 en 1902.

En résumé, les dépenses moyennes des organisations spéciales présentent, pour la période 1900 à 1902, comparativement à celle de 1895 à 1899, une augmentation pour les dépenses rapportées aux assistés et une diminution pour les dépenses rapportées à la population desservie.

De 1895 à 1899, dépense moyenne par assisté : 25 fr. 47 ; de 1900 à 1902 : 26 fr. 53.

De 1895 à 1899, dépense moyenne par habitant : 1 fr. 33 ; de 1900 à 1902 : 1 fr. 30.

A la différence des services départementaux, les services communaux autonomes ont vu s'élever dans une proportion sensiblement égale leurs divers chapitres de dépenses relatives à l'assistance

à domicile, diminuer leurs dépenses d'hospitalisation, croître sans discontinuité leurs autres frais d'assistance.

Au point de vue de la répartition des charges, la comparaison entre les services communaux autonomes et les services départementaux est encore plus intéressante.

Les fondations et ressources spéciales à l'assistance aux malades, les contributions des bureaux de bienfaisance, celles des établissements hospitaliers ont été plus fortes de 1895 à 1902 pour les organisations spéciales que pour les services départementaux.

Leur total, pour les services communaux autonomes, est passé de 2.390.273 fr. 96 en 1895 à 4.285.783 fr. 21 en 1902 ; pour les services départementaux, de 1.133.881 fr. 06 en 1895, à 1.464.387 fr. 86 en 1902.

La contribution des communes, plus faible dans les organisations spéciales de 1895 (1.521.612 fr. 42) à 1897 (2.866.824 fr. 29) que dans les services départementaux (1895 : 2.030.558 fr. 78 ; 1897 : 3.088.975 fr. 21) est plus forte de 1898 (3.806.286 fr. 63) à 1900 (3.959.705 fr. 01). Dans les services départementaux, elle était de 3.315.873 fr. 73 en 1898, et de 3.783.403 fr. 75 en 1900. Elle devient plus faible à nouveau dans les services communaux autonomes en 1901 (3.224.249 fr. 58) et en 1902 (3.463.277 fr. 39), tandis qu'elle atteint, dans les services départementaux, 3.864.667 fr. 87 en 1901 et 4.140.651 fr. 74 en 1902.

Les communes bénéficiaires de l'art. 35 n'ayant, comme nous l'avons vu, aucun droit aux subventions obligatoires du département et de l'Etat, ne reçoivent que fort peu de ces collectivités (1896 : 6.192 fr. 14 ; 1902 : 4.320 fr. 50). Ces chiffres représentent, soit des subventions facultatives des départements, soit plutôt des remboursements pour des malades n'ayant pas le domicile de secours communal.

Enfin, il est une autre catégorie de ressources pour les organisations spéciales, mais leur origine n'est pas indiquée, quoiqu'elles soient assez importantes (1896 : 427.438 fr. 05 ; 1900 : 90.928 fr. 09 ; 1902 : 45.250 fr. 75).

Les communes et les établissements communaux d'assistance supportent la presque totalité des dépenses.

Il est donc de l'intérêt financier des communes bénéficiaires de l'article 35 de renoncer à une autonomie onéreuse et de rentrer purement et simplement dans le service départemental.

Il en est de même pour les communes dotées d'une organisation spéciale, qui n'ont pas voulu se conformer au règlement départemental et vivent en dehors, très irrégulièrement, sans aucune sorte d'autorisation, si ce n'est l'agrément tacite de l'administration préfectorale.

Il aurait été particulièrement intéressant d'étudier à fond le fonctionnement de l'assistance aux malades dans ces communes. Mais, ici encore, et

plus particulièrement, les autorités municipales ont été sourdes à nos appels réitérés.

Grâce à la bienveillance de M. le secrétaire du bureau de bienfaisance de Béziers et de M. Didier, administrateur du bureau de Cette, il nous a été possible d'exposer l'organisation des secours dans ces deux villes.

BÉZIERS

Le bureau de bienfaisance, en outre des secours en nature et en espèces aux indigents, est chargé de l'assistance aux malades privés de ressources.

La ville est divisée en cinq quartiers. Dans chacun d'eux, les soins médicaux sont donnés par un médecin titulaire. Quatre docteurs suppléants remplacent les cinq titulaires absents ou empêchés. Ils sont désignés par la commission administrative du bureau et rétribués suivant un forfait fixe de 3.600 francs, qu'ils se partagent avec trois médecins spécialistes pour les maladies des yeux. Les suppléants n'ont droit à aucune indemnité.

Tous les jours de la semaine, sauf le vendredi et le dimanche, les consultations ordinaires ont lieu au bureau, à 11 heures du matin. Un jour est réservé à chaque médecin de quartier. Les lundi et jeudi, à 10 heures du matin, sont données les consultations pour les yeux.

Les visites, comme d'ailleurs les consultations, sont faites sur la présentation d'un bulletin délivré aux assistés, sur leur demande, par le bureau.

Les sages-femmes choisies par les femmes en couches privées de ressources sont payées sur un forfait de 600 francs au prorata des accouchements pratiqués.

Les médicaments, objets de pansement et accessoires sont délivrés au bureau par un pharmacien y attaché, d'après les ordonnances des docteurs. Le pharmacien et la femme de service qui lui est adjointe touchent 3.120 francs annuellement.

Les frais pharmaceutiques s'élèvent à environ 6.100 francs.

La fourniture de lait coûte 7.000 francs.

La ville contribue à ces dépenses par une subvention de 17.000 francs.

CETTE

Le bureau de bienfaisance assure les secours aux indigents par un système de bons excessivement bien compris. Ils sont distribués par les administrateurs sous leur responsabilité. Ils prévoient des fournitures de pain, de bouillon, de viande, de légumes, de vêtements. Un service d'enquêtes est assuré soit par la police, soit par les sœurs de charité attachées à l'établissement, qui apportent à leurs fonctions un zèle et un dévouement dignes des plus grands éloges.

Très confortablement et proprement nourris, bien vêtus, les inscrits au bureau de bienfaisance, s'ils sont privés de ressources et malades, sont soi-

gnés par un docteur nommé par le bureau. Il touche un traitement annuel de 2.000 fr. et il a été prévu 800 francs pour son suppléant à désigner.

Les consultations ont lieu trois fois par semaine, dans une salle spéciale du bureau. Les visites sont faites sur la présentation d'un bulletin de visite détaché d'un carnet à soude et remis à l'assisté par l'administrateur de service. Le médecin garde le bulletin de visite, en détache un imprimé qu'il remplit et renvoie au bureau pour certifier de la visite faite.

Les médicaments, bandages et appareils prescrits sont délivrés par la pharmacie du bureau sur le vu des ordonnances du docteur, portant le nom et l'adresse du malade. Un pharmacien, payé 2.000 francs par an, est attaché à l'établissement. Il est aidé dans sa tâche par deux sœurs, qui préparent elles-mêmes certains sirops, la teinture d'iode et remettent les médicaments, soit immédiatement après la consultation, suivant un numéro d'ordre donné aux consultants, soit après la visite.

Les sœurs visitent quotidiennement les malades pour s'assurer de leur état, veiller à ce que les prescriptions du docteur soient suivies, les réconforter et même satisfaire leurs petits désirs. C'est ainsi qu'une somme de cent francs par mois environ est mise à leur disposition pour leur permettre d'apporter quelque consolation à ceux que la misère et la maladie condamne aux pires souffrances.

C'est méticuleusement et avec zèle qu'elles font

leur devoir, et sont particulièrement heureuses de vous voir prendre intérêt à leurs occupations.

Pour la fourniture de lait, il est institué un carnet spécial, avec talon, bulletin de délivrance et certificat du laitier confirmant la quantité livrée et l'identité du bénéficiaire.

La ville contribue aux dépenses par une subvention annuelle de 32.000 francs.

Cette organisation fonctionne à la plus grande satisfaction des administrateurs et des assistés. Les secours sont complets et ne sont nullement ménagés à ceux qui y ont droit, après enquête. Et, cependant, l'économie réalisée sur le fonctionnement de l'organisation antérieure est énorme. Autrefois, les frais pharmaceutiques s'élevaient à 30.000 francs, lorsque tous les pharmaciens de la ville pouvaient délivrer les médicaments ; ils ne sont plus aujourd'hui que de 4.000 francs.

CONCLUSION

Au cours de cette étude, nous avons pu nous rendre compte que les secours aux personnes privées de ressources, atteintes par la maladie, étaient généralement assurés.

Malheureusement, les abus sont toujours considérables. Les listes sont loin d'être impartialement dressées et le nombre des inscrits augmente sans cesse. Les assistés appellent trop facilement le médecin, qui ne sait pas assez souvent refuser d'intervenir. Les médicaments sont gaspillés ou délivrés sans mesure. Les dépenses ne cessent de s'accroître.

Les conseils généraux en modifiant les règlements départementaux, les municipalités en s'isolant de l'organisation départementale et en instituant des instruments de contrôle et de vérification, ont tenté de porter remède à cette fâcheuse situation. Ils n'y sont toujours qu'imparfaitement parvenus. Ils ont mécontenté les praticiens du service en essayant de réduire leurs honoraires sans diminuer leur travail. Ils ont soulevé les protestations et les récriminations des assistés en s'effor-

gant de paralyser leurs fantaisies coûteuses. Pour les calmer, ils ont cru sage de les admettre sans limite à leurs secours bienfaisants. Peu à peu, ils ont détruit dans la classe la plus misérable de la société l'idée de prévoyance et de mutualité. Ils ont ainsi porté atteinte au développement des sociétés de secours mutuels qui devraient recruter leurs membres surtout dans les milieux populaires et déshérités.

Les questions d'assistance ont pris et prennent encore dans notre société démocratique le développement qu'elles méritent. Nous devons, sans relâche, poursuivre un même but : secourir les malheureux. Il faut que toutes les réformes orientées dans cette noble voie soient toujours inspirées par des sentiments d'humanité et de solidarité sociales. Mais il faut savoir éviter les excès. L'assistance amoindrit les facultés de ceux qui la reçoivent. Elle ralentit les activités individuelles indispensables au progrès social. Il faut prendre garde de ne pas encourager à l'indolence et à la paresse ceux qui, précisément, ont le plus besoin de travailler et de lutter, car l'avenir meilleur est dans leurs efforts incessants. L'assistance irraisonnée a pour conséquence l'extension du paupérisme et l'affaiblissement des forces vives de la nation. Elle développe l'imprévoyance, diminue le patrimoine des générations futures et affaiblit les classes productives de la société au profit des classes improductives. Elle restreint seulement les effets d'un mal sans l'éloigner.

L'assurance, au contraire, atténue le besoin de bienfaisance. Elle supprime en grande partie les sacrifices que la nation doit s'imposer pour venir en aide à ses malheureux. Elle garantit les assurés contre l'éventualité d'un dommage, toujours grosse de conséquences désastreuses. Elle développe en eux des habitudes d'économie. Enfin, elle leur donne la satisfaction et leur permet de s'attribuer le mérite d'avoir pourvu eux-mêmes à leur bien-être.

La réforme à souhaiter est donc dans la transformation de l'esprit national. Il ne faut pas croire que la société doit tout faire pour nous et que nous devons rester inactifs. Nous devons tous admettre la nécessité de certaines privations et de certains sacrifices individuels. Il ne faut pas implorer la charité des autres pour diminuer notre peine, notre labeur et cueillir seulement les roses du chemin. Sachons en supporter les épines cruelles en essayant de les éviter ou d'atténuer leurs blessures par notre travail incessant et notre prévoyance soutenue. Le bonheur est fait d'efforts, d'union, de prévoyance. C'est à nous seuls de l'acquérir et de le mériter.

BIBLIOGRAPHIE

Actes du Conseil supérieur de l'assistance publique.

Annuaire de législation, année 1893.

BERTHELEMY (H.). — Traité élémentaire de droit administratif, 1905.

Bulletin officiel de l'Union des Syndicats médicaux de France, années 1905, 1906, 1907, 1908, 1909.

CAMPAGNOLE (E.). — L'assistance médicale gratuite, 1895.

— L'assistance obligatoire aux vieillards, aux infirmes et aux incurables, 1908.

Concours médical. — Années 1906-1907-1908.

Rapports au Congrès des Praticiens de Lille, 25-28 janvier 1908.

Rapports au ministre de l'Intérieur sur l'application de la loi du 15 juillet 1893 pendant les années 1895 à 1902.

Revue philanthropique, années 1906-1907-1908.

RONDEL (G.). — La commune et l'assistance obligatoire, 1909.

TINGUY DU POUËT (DE). — L'assistance à l'hôpital et à domicile. Thèse de Paris, 1899.

VALMONT. — L'application de la loi du 15 juillet 1893. Thèse de Paris, 1909.

VIGOUROUX (D^r). — Etude sur les assistés médicaux du bureau de bienfaisance de Montpellier, 1906-1909.

— Rapport au Préfet, avril 1909.

Montpellier, le 25 Novembre 1909 Montpellier, le 26 Novembre 1909
Vu, le Doyen de la Faculté de Droit, Vu, le Président de la Thèse
VIGIE. CHAUSSE.

VU ET PERMIS D'IMPRIMER :

Montpellier, le 25 Novembre 1909.

Le Recteur,

Ant. BENOIST.

TABLE DES MATIÈRES

	Pages
INTRODUCTION	7
CHAPITRE I ^{er} . — Historique de la loi du 15 juillet 1893	13
CHAPITRE II. — Créanciers de l'assistance	27
CHAPITRE III. — Des collectivités débitrices de l'assistance	43
CHAPITRE IV. — Etablissement des listes	57
CHAPITRE V. — Modes d'assistance	73
CHAPITRE VI. — Dépenses de l'assistance	91
CHAPITRE VII. — Variétés des organisations départementales	117
CHAPITRE VIII. — Organisations communales autonomes	155
CONCLUSION.	179
BIBLIOGRAPHIE.	183

